Aus dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. F.W. Schmahl

Statistische Untersuchungen zur Frage einer eventuell erhöhten Frühinvalidität bei Frauen durch Doppelbelastung in Beruf und Haushalt

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät (Theoretische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Birgit Sibylle Gaiser
aus Reutlingen

1984

UNIV.
LEIDEN
LIBR.

Aus dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. F.W. Schmahl

Statistische Untersuchungen zur Frage einer eventuell erhöhten Frühinvalidität bei Frauen durch Doppelbelastung in Beruf und Haushalt

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät (Theoretische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Birgit Sibylle Gaiser
aus Reutlingen

1984

Dekan:	Professor Dr. med. G. Fichtner
1. Berichterstatter:	Professor Dr. med. H.Weichardt
2. Berichterstatter:	Professor Dr. med. W.Steuer

ÜBERSICHT

		Seite
1.)	Problemstellung	2
2.)	Was ist Frühinvalidität?	4
3.)	Zur Problematik der Berufstätigkeit der Frau	7
4.)	A) Probleme bei der Darstellung der Statistik und Diagramme	13
	B) Darstellung der Statistik und der Diagramme	16
	C) Darstellung und Auswertung der eigenen Diagramme	21
5.)	Mögliche Ursachen für die erhöhte Frühinvalidität der weiblichen Angestellten im Vergleich zu den männlichen	24
6.)	Diskussion	45
7.)	Zusammenfassung	51
8.)	Literatur- und Statistikverzeichnis	54
9.)	Abstract	70
10.)	Lebenslauf	71

1.) Problemstellung

Anlaß für die Erarbeitung des Themas war ein unveröffentlichter Vortrag von Hoschek (14) über die "Frühinvalidität im Lichte der Statistik", in dem er darauf hinweist, daß bei den weiblichen Angestellten eine wesentlich höhere Frühinvalidität in den Altersgruppen zwischen 20 und 40 Jahren zu finden sei als bei den männlichen Kollegen.
Diese von Hoschek in den Jahren 1954 bis 1968 beobachtete Auffälligkeit lasse sich wahrscheinlich durch eine vermehrte Belastung der Frauen in Familie, Haushalt und zusätzliche Berufstätigkeit erklären und wäre nicht weiter auffällig, wenn nicht bei den Arbeiterinnen derselben Altersstufen die Frühinvalidität weit unter derjenigen der männlichen Kollegen läge.
Da man wohl zunächst von einer weitgehend gleichen Belastung durch den Haushalt bei Arbeiterinnen und Angestellten ausgehen kann, auf keinen Fall aber die Arbeiterinnen weniger durch Haushalt und Familie belastet werden als die Angestellten, müssen andere Faktoren für die beobachtete höhere Frühinvalidität bei den weiblichen Angestellten verantwortlich gemacht werden.
Über eine mögliche Erhöhung der Frühinvalidität insgesamt gegenüber früheren Jahren wurde schon viel und ausführlich diskutiert.
Untersuchungen zu diesem Problem von Mörschel et al. (20), Münke (22,23), Scharf (28), Schewe (29), Schewe und Zöllner (30), Waldmann (40) und Zöllner (44) zeigen, daß die Frühinvalidität keineswegs im Ansteigen ist, und Kulpe (18) führt den sogenannten "Rentenberg" besonders auf eine Zunahme der vermehrten Zugänge an Altersrenten zurück.
Über die Komplexität des Problems gibt die Vielzahl der Faktoren Aufschluß, die an der Entstehung der Frühinvalidität beteiligt sind.
Spengler (36) und die obengenannten Autoren betonen vor allem den Einfluß von Beschäftigungslage, Altersaufbau

der Bevölkerungspyramide, Versichertenstand und gesetzlichen Änderungen auf die Höhe der Frühinvalidität, und Münke (23) weist zusätzlich auf die Bedeutung der persönlichen Einstellung zum Beruf als wichtigen Faktor hin. Jusatz (16), Schwarze (34) und Weber (41) dagegen stellen mehr medizinische Aspekte, also Zivilisationsschäden, Aufbrauchs- und Abnutzungserkrankungen als Gründe der vorzeitigen Invalidisierung in den Vordergrund.
Zweifellos ist es also das Zusammenspiel vieler verschiedener Faktoren, durch das die Frühinvalidität zustande kommt. Aufgabe dieser Arbeit soll es nun sein, die Entwicklung der vorzeitigen Invalidität bei Frauen zu untersuchen, besonders im Hinblick auf das von Hoschek beobachtete Phänomen. Hoscheks Beobachtungen würden für die Jahre 1969 bis 1980 fortgesetzt, um den Verlauf in späteren Jahren beurteilen zu können. Zum anderen ist versucht worden, mögliche Gründe für das Zustandekommen der erhöhten Frühinvalidität der weiblichen Angestellten herauszufinden und hier aufzuzeigen.

2.) Was ist Frühinvalidität?

Es erscheint zweckmäßig,zunächst den Begriff der "Frühinvalidität" eingehender zu definieren.
Man versteht unter Frühinvalidität das vorzeitige Ausscheiden eines rentenanspruchsberechtigten Versicherten aus dem Erwerbsleben wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit im Sinne der §§ 1246, 1247 RVO (3,17). Das Wort "vorzeitig" besagt, daß die Berentung bei Männern vor dem 63. Lebensjahr (seit Einführung der flexiblen Altersgrenze 1973; vorher bis zum 65. Lebensjahr), bei Frauen vor dem 60. Lebensjahr erfolgt (3, 20).
Im Zuge der Gesetzgebung wurden außer der flexiblen Altersgrenze zusätzlich neu eingeführt: die flexiblen Altersruhegelder wegen Vollendung des 62. Lebensjahres und gleichzeitiger Schwerbehinderung oder Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit sowie das hinausgeschobene Altersruhegeld (20). Der Begriff "Frühinvalidität" besteht als solcher seit 1957 eigentlich nicht mehr, sondern wurde durch die Ausdrücke Berufsunfähigkeit (BU) und Erwerbsunfähigkeit (EU) ersetzt. Jedoch ist der Begriff im Wortschatz der öffentlichen Diskussion so verankert (18), daß es angebracht erscheint, ihn auch weiterhin und in dieser Arbeit zu verwenden. Erwerbsunfähigkeit (EU) besagt, daß der Versicherte infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann (§ 1247 Abs. 2 RVO), (38). Berufsunfähigkeit (BU) ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit um mehr als die Hälfte eines Gesunden (38). Die BU ist also eine Vorstufe der EU.
Durch die Beschlüsse des Großen Senats des BSG vom 11. Dezember 1969 und vom 10. Dezember 1976 zur konkreten Betrachtungsweise von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit ergab sich eine Verschiebung von den Renten wegen BU

zu denen wegen EU (20), so daß es in den letzten Jahren immer weniger Renten wegen BU gab. Kamen früher auf einen Berufsunfähigen 3 Erwerbsunfähige, so beträgt das Verhältnis jetzt 1 : 15, das heißt, daß 94 % der vorzeitigen Berentungen wegen EU erfolgen (34). Weitere Gründe hierfür sind in der allgemeinen Wirtschaftslage zu suchen, in der es zur Zeit an Teilzeitarbeitsplätzen mangelt, die von den Berufsunfähigen eingenommen werden könnten. Kann nun einem Berufsunfähigen keine Teilzeitarbeit zugewiesen werden, so müssen die Rentenanstalten ihm laut Beschluß des Bundessozialgerichts (zuletzt vom 10. Dezember 1976) die volle Erwerbsunfähigkeitsrente zahlen (37).

Diese Abnahme der Berentungen im Sinne der BU ist auch aus den Statistiken der Rentenversicherungsträger ersichtlich (46). So verringerte sich die Anzahl der BU-Rentenzugänge kontinuierlich, was folgende Zahlen zeigen (46):

	1969	1978
Arbeiter	38 730	12 768
Arbeiterinnen	25 799	2 903
männl. Angestellte	9 740	3 314
weibl. Angestellte	8 616	1 574

Die stärkste Abnahme an BU-Berentungen liegt offensichtlich bei den Arbeiterinnen vor, bei denen sich der Mangel an Teilzeitarbeitsplätzen vielleicht besonders stark auswirkt.
Bei den EU-Berentungen ist im gleichen Zeitraum bei allen 4 Gruppen eine Zunahme zu verzeichnen.
Gutachten über das Vorliegen einer BU oder EU werden von ärztlichen Gutachtern der Rentenversicherungen erstellt, die das Leistungsvermögen sowie die Eignung für bestimmte Arbeiten und Arbeitszeiten anhand von rein medizinischen Kriterien zu beurteilen haben. Über das Vorliegen eines Rentenanspruchs wird dann aufgrund der herrschenden Rechtslage rein administrativ entschieden (10). So wird gewährleistet, daß die Berentung hauptsächlich aufgrund

von körperlichen Symptomen bestimmt wird.
Die Frage einer Verminderung oder Zunahme der Frühinvalidität insgesamt kann und soll in dieser Arbeit nicht ausdiskutiert werden. Um die Schwierigkeit der Einschätzung des Ausmaßes der Frühinvalidität zu zeigen, sollen jedoch vorab einige sich widersprechende Ansichten erwähnt werden:
Kulpe (18) beobachtete zwischen 1962 und 1966 eine Abnahme der Anzahl der vorzeitigen Berentungen bei gleichzeitigem Anstieg der Altersrenten; Münke (23) spricht von einer Zunahme der absoluten Invaliditätsrenten aufgrund des höheren Anteils an Versicherten im Jahre 1964 gegenüber früheren Jahren; und die neuesten Berechnungen ergeben einen Anstieg des Prozentsatzes der Frühinvalidität an den Gesamtrentenzahlen bei den Arbeitern von 40 % im Jahre 1974 auf 56,7 % im Jahre 1979 (37).
Betrachtet man als möglichen Indikator der Frühinvalidität das durchschnittliche Zugangsalter von BU- und EU-Berentungen, was jedoch nach Mörschel et al. (20) für eine derartige Betrachtung zu ungenau ist, wie noch erläutert werden soll, so ließe sich nach Mörschel und Rehfeld (20), Blohmke und Schäfer (3) sowie Schwarze (34) in den Jahren 1951 bis 1980 eine stetige Zunahme des Durchschnittsalters erkennen, also eine vermutete Abnahme der Frühinvalidität, und zwar sowohl bei den Arbeitern als auch Angestellten. Das niedrigste durchschnittliche Zugangsalter zeigen stets die weiblichen Angestellten, gefolgt von den männlichen Arbeitern. Das höchste Durchschnittsalter findet man bei den männlichen Angestellten.

3.) Zur Problematik der Berufstätigkeit der Frau:

Über die Zunahme der Anzahl der erwerbstätigen Frauen in der BRD in den letzten Jahrzehnten berichten übereinstimmend mehrere Autoren (3, 5, 6, 8, 9, 18, 24, 25, 26). Nach Berichten der Bundesanstalt für Arbeit (6) waren im Jahre 1977 53 % der deutschen Wohnbevölkerung Frauen, davon etwa die Hälfte, nämlich 17 Millionen, im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 60 Jahren. 1975 war jede 2. Frau in dieser Altersgruppe erwerbstätig, d. h. die Erwerbsquote betrug 52 %. Noch 1950 betrug die Erwerbsquote bei den Frauen nur zwischen 25 und 28 % (27). Insbesondere in der Altersgruppe 30 bsi 55 Jahre läßt sich in der Zeit von 1961 bis 1975 eine enorme Zunahme des Prozentanteils erwerbstätiger Frauen feststellen, während in den niedrigeren Altersstufen infolge vermehrter Bildungsbeteiligung eine Abnahme beobachtet wird (6, 8).

Aus Mikrozensuserhebungen des Statistischen Bundesamtes (51) geht hervor, daß vor allem bei den weiblichen Angestellten steigende Zahlen der Versicherten zu verzeichnen sind: gegenüber 3,24 Mio. Versicherten im Jahre 1962 sind es 1980 schon 6,58 Mio., während man bei den Arbeiterinnen in diesem Zeitraum eine Abnahme von 6,89 Mio. auf 5,43 Mio. beobachtet.

Vor allem wird von einem zunehmenden Anteil verheirateter Frauen mit Kindern an der Gesamtzahl der erwerbstätigen Frauen berichtet (6, 25, 26). So hatten 1976 etwa 37 % der erwerbstätigen Frauen Kinder unter 18 Jahren zu versorgen (6). 60 Prozent der erwerbstätigen Frauen sind verheiratet. Dieses Problem der doppelten Aufgabe durch Familie und Beruf läßt die Bereitstellung von Teilzeitarbeitsplätzen für Frauen mit Familie wichtig und notwendig erscheinen, und es wurde versucht, dem Genüge zu tun. Der Anteil der Teilzeitarbeitsplätze von 6,4 % im Jahre 1960 erhöhte sich auf 21,1 % im Jahre 1976 (6), allerdings war vor allem in den letzten Jahren infolge

der wirtschaftlichen Lage oft eine beträchtliche Streichung an Teilzeitarbeitsplätzen zu verzeichnen.
Einrichtungen wie Kinderbetreuungsstellen sowie die zunehmende Erleichterung der Hausarbeit durch elektrische Haushaltsgeräte ermöglichen es, Berufstätigkeit und Familie miteinander zu vereinbaren.
Obwohl die Frau dem Mann dem Gesetz nach gleichgestellt ist, scheint dies in der Arbeitswelt noch lange keine Verwirklichung gefunden zu haben. So sind die Frauen vor allem in den unteren Einkommens- und Lohngruppen zu finden, zum Teil auch wegen des höheren Anteils an Frauen bei der Teilzeitarbeit. Immer noch ist es für Mädchen viel schwieriger, in größeren Betrieben einen Ausbildungsplatz zu finden (6, 8), die unter dem Motto "Frauen heiraten ja doch bald und haben dann für die Familie zu sorgen und der Beruf wird dann zweitrangig oder sogar ganz aufgegeben" ganz bevorzugt männliche Auszubildende einstellen. Die Logik dieses Grundsatzes kann freilich nicht bestritten werden. Auch das sogenannte Bildungsdefizit der Frauen besteht nach wie vor, wenngleich es sich in den letzten Jahren verringert hat (6). 1971 waren von den Volksschulabgängern ohne Lehre 72,4 % Frauen, jedoch war der Anteil der weiblichen Abiturienten mit 42,4 % ebenfalls ziemlich hoch. An den Fach- und Hochschulen zeigt sich dann allerdings wieder ein eindeutiges Vorherrschen des männlichen Geschlechts mit 60 bis 70 % Anteil (6).
Herrscht also doch noch in weiten Kreisen der Bevölkerung die Vorstellung "Frauen gehören ins Haus"? Die im Übermaß praktizierte Abkehr von dieser biologisch verankerten Tradition hat natürlich auch heute schon sichtbare soziale Folgen in Form eines katastrophalen Geburtenrückgangs bei den Kulturnationen.
Im Jahre 1976 äußerten sich bei einer Umfrage 42 % der befragten Männer und 35 % der Frauen, die Berufstätigkeit verheirateter Frauen sei "nicht normal". Im Jahre 1965 waren die entsprechenden Werte noch bei 72 bzw. 68 % gelegen. Man kann also eine deutliche Tendenz zur Änderung

der Einstellung gegenüber der Berufstätigkeit der Frau feststellen (8).
Im Hinblick auf die Mitarbeit der Frauen am Sozialprodukt kann man 3 Lebensphasen unterscheiden (25, 28):

1.) Die Phase der Ausbildung und der Erwerbstätigkeit vor der Ehe.
2.) Die "Berufsphase" als Hausfrau und Mutter (etwa zwischen 25 und 45 Jahren).
3.) Die zweite potentielle Erwerbstätigkeitsphase, die nach Erwachsenwerden der Kinder eintritt.

Durch diese Dreiteilung unterscheidet sich die weibliche Erwerbstätigkeit ganz deutlich von der männlichen, die einen monophasischen Verlauf aufweist, Jedoch läßt sich dieses Dreiphasenmodell natürlich nicht durchweg anwenden, da eine Tendenz besteht, daß immer mehr Frauen, vor allem unverheiratete oder alleinstehende mit Kindern, ihren Beruf jahrzehntelang ohne Unterbrechung ausüben. Interessant sind auch die Gründe für die Berufstätigkeit der Frauen heutzutage. Valentin (38) unterteilt die Gründe in 3 Hauptmotive:

1.) Notmotiv, also die Mitarbeit der Frau bei zu geringem Einkommen des Ehemanns, oder bei ledigen Frauen. Dieses Motiv dürfte heute bei verheirateten Frauen nicht mehr so bedeutsam sein wie z. B. Anfang dieses Jahrhunderts, wo sich viele Arbeiterfamilien am Rande des Existenzminimums bewegten und ohne die Mitarbeit der Frau wohl nicht überlebt hätten (25).
2.) Viel bedeutsamer scheint in den letzten Jahren das sogenannte Aufbaumotiv geworden zu sein, also die befristete Erwerbstätigkeit der Frau, um den Wohn- und Lebensstandard der Familie zu heben und den Kindern eine bessere Ausbildung geben zu können. Dieser Punkt würde also nicht nur die unteren, sondern auch die mittleren Einkommensstufen betreffen. So wird von einer faktischen Benachteiligung von Familien mit Kindern durch eine relative Zunahme steuerlicher

Belastungen berichtet (6), die in keinem Fall durch die gewährten Familienfreibeträge, Lohn- und Einkommenssteuersenkung aufgehoben werden. Überraschenderweise läßt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Höhe des Einkommens und der Kinderzahl bis zum 3. Kind feststellen (8). Intellektuelle (vorwiegend höhere Angestellte) streben heute aufgrund höherer ethischer Ansichten und als Reaktion auf den bedrohlichen Pillenknick frühzeitig bis zu 3 Kinder an. Dann kommt auch bei ihnen die Pille. Bei sozial niederen Schichten (auch bei Angestellten) kommt jetzt viele Jahre lang zuerst die Pille vor dem notwendigen Komfortbedarf (Sozialstatus). Kinder sind dort eher ein "Verkehrsunfall" im Laufe der Jahre, also oft im vorgerückten Alter.

Im Endeffekt ist also tatsächlich durch die Pille eine Nivellierung zwischen den beiden Gruppen aufgetreten, so daß man seit dem Pillenknick ab Anfang der 60er-Jahre keinesfalls mehr annehmen kann, Arbeiterfamilien hätten wesentlich mehr Kinder als Angestellte. Es ist also anzunehmen, daß Arbeiterin und Angestellte wohl aus denselben Gründen, den eben genannten, eine Erwerbstätigkeit ausüben.

3.) Das Entfaltungsmotiv, also Freude am Beruf, Kontaktaufnahme mit andern Menschen, spielt häufig in der 2. Erwerbstätigkeitsphase eine große Rolle, wenn die herangewachsenen Kinder und der zusammengeschrumpfte Haushalt kein ausreichendes Betätigungsfeld mehr bieten, sucht die Frau zwischen 40 und 50 oft wieder nach Arbeit, obwohl eine Rückkehr in den erlernten Beruf nach jahrelanger Unterbrechung meist nicht mehr möglich ist.

Eine Studie von Blohmke (1) ergab, daß die Hauptmotive der unverheirateten weiblichen Angestellten folgende sind: sie müssen selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen oder arbeiten aus Freude am Beruf.

Die Arbeiterinnen äußerten sich in der Mehrzahl, sie arbeiteten, um sich mehr leisten zu können, und viele von ihnen wollten lieber nur Hausfrau sein.
Motive wie Unabhängigkeit, Anerkennung, Kontaktsuche und zu geringe Rente wurden von beiden Gruppen zu etwa gleichen Teilen genannt.

Frauenarbeit im Gesetz:

Da die Frau sich bekanntlich in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit vom Mann deutlich unterscheidet (geringere Körpergröße und -kraft, Schwangerschaft usw.), sah sich der Gesetzgeber gezwungen, dies zu berücksichtigen und die Frauen durch verschiedene Gesetze vor beruflich bedingten körperlichen Überlastungen zu schützen.
Aufzuführen sind: (Auszüge aus der Arbeitszeitordnung) (45)
Beschäftigungsverbote für Frauen im Bergbau, in Gaskokereien, im Baugewerbe, in gefährlichen Betrieben oder an solchen Arbeitsplätzen (§ 16),
Höchstarbeitszeitbestimmungen (§ 17),
Ruhepausen von 30 Minuten bei 8-stündiger Arbeitszeit (§ 18),
Einschränkung des Tragens von Lasten auf 15 kg (Erl. RAM IIIa 23994/40),
Bestimmungen über Nachtruhe und Frühschluß vor Sonn- und Feiertagen (§ 19).
Mutterschutzgesetz, i. d. Fass. vom 18.4.1968 (BGBl. I, S. 315) mit Änd. vom 24.5.1968 (BGBl. I, S. 503, Art. 127) und Änd. vom 25.6.1979 (BGBl. I, S. 797) und vom 27.6.1979 (BGBl. I, S 823), wonach eine Arbeit von Schwangeren unter schädlichen oder schweren Bedingungen untersagt ist bzw. eingeschränkt werden muß, und die Arbeit 6 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin niedergelegt werden soll, sowie die Frau bis zum Ablauf von 8 Wochen nach der Geburt nicht beschäftigt werden darf. Neu eingeführt wurde der "Mutterschutzurlaub", der im Bedarfsfall bis zu einem halben Jahr gewährt wird.
Strahlenschutzverordnung vom 13.10.1976 (BGBl. I, S. 1905 - 2994), wonach Beschäftigungsverbot für werdende oder stillende Mütter in durch Strahlen gefährdeten Räumen besteht.

Alle diese Gesetze bergen natürlich auch die Gefahr in sich, daß Arbeitgeber wenig Interesse zeigen, Frauen in höher qualifizierte Berufe einzustellen, da mit einem erhöhten Arbeitszeitausfall durch Schwangerschaft usw. gerechnet werden muß.

Eine zusammenfassende Betrachtung der Berufstätigkeit der Frau zeigt also, daß sich die doppelte Aufgabe Familie und Beruf in heutiger Zeit ohne besondere Schwierigkeiten vereinbaren läßt und sich eine ganz eindeutige Tendenz zu einer immer höher werdenden Anzahl der Frauen im Erwerbsleben zeigt. Die Gründe hierfür sind vielfältiger Natur. Sicher ist, daß man sich die Wirtschaft in vielen Berufszweigen ohne die Erwerbstätigkeit der Frau in heutiger Zeit nicht mehr vorstellen kann, und daß sich auch die öffentliche Meinung zu dieser Frage in einem deutlichen Wandel befindet.

4.) A) Probleme bei der Darstellung der Statistik und der Diagramme:

Hoschek (14) verwandte zur Illustration seines Vortrags die Zahlen aus den Jahresberichten der Rentenversicherungsträger LVA und BfA über das Rentenzugangsalter wegen Berufsunfähigkeit (BU) oder Erwerbsunfähigkeit (EU) der Jahre 1954 bis 1968 (46), in denen auch die Berentungsdiagnosen aufgeführt werden.
Die Zahlen der Rentenzugänge sind dort getrennt aufgeführt nach BU und EU, Geschlecht und Versicherungszweig in 5-Jahresaltersgruppen. Es sind sowohl die Absolutzahlen der Rentenzugänge als auch die Relativzahlen angegeben. Die letzteren sind der Quotient aus den Rentenzugängen der jeweiligen Altersgruppe und den Zugängen der entsprechenden Geschlechts- und Versicherungszweiggruppe aller Altersgruppen insgesamt. Aus statistischer Sicht sind diese Zahlen jedoch nicht aussagekräftig, da die für die Diagramme verwandten Relativzahlen aufaddiert für alle Altersstufen der jeweiligen Gruppen 100 % ergeben (7). Dadurch wirken sich Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung auf die Berentungszahlen aus, und über das Verhältnis der eigentlichen Rentenzugänge in den einzelnen Altersgruppen kann keine exakte Angabe gemacht werden.
Im folgenden sollen jedoch die von Hoschek aufgestellten Diagramme und die zur Vorarbeit des Themas für die nachfolgenden Jahre 1969 bis 1979 angefertigten Diagramme angesprochen und beispielhaft aufgezeigt werden, da sie der eigentliche Anlaß für die Untersuchung des Problems waren. Im weiteren sollen die Schwierigkeiten aufgezeigt werden, die sich bei der Darstellung der Frühinvalidität stellen. Darüber stellten bereits Mörschel et al. (20) ausführliche Betrachtungen an.
Grundsätzlich bestehen folgende Möglichkeiten zur Darstellung der Frühinvalidität:

1.) Das durchschnittliche Zugangsalter der Rentenneuzugänge wegen EU und BU.

2.) Der Anteil der Neuzugänge wegen EU und BU an den gesamten Rentenzugängen.
3.) Der Anteil der EU- und BU-Renten am Versichertenbestand.
4.) Der Anteil der EU- und BU-Renten an der Wohnbevölkerung.

Bei den Möglichkeiten 1 und 2 spielen Einflüsse von Störfaktoren wie Altersaufbau der Bevölkerung und Änderung in der Gesetzgebung eine Rolle, sie sind somit weniger aussagekräftig.
Mörschel et al. (20) halten den Versichertenbestand als Bezugsgröße als den Relevantesten, da bei dieser Art der Darstellung sich Störfaktoren kaum auswirken.
Deshalb soll diese Möglichkeit der Darstellung für diese Arbeit angewandt werden.
Bei der Erfassung des Versichertenbestands sind folgende Probleme und Einschränkungen zu berücksichtigen:
Bis Anfang der 70-er Jahre wurden die Versichertenbestände von den Rentenanstalten überhaupt nicht erfaßt.
Für die Jahre 1973 und 1974 wurden vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger die Sonderbände Nr. 38 und 41 (52) über die Versichertenbestände veröffentlicht, deren Genauigkeit allerdings nicht angegeben werden kann.
Dasselbe gilt für die Versichertenzahlen der Rentenanpassungsberichte des deutschen Bundestags (53).
Daher erwies es sich als äußerst schwierig, Zahlen über den Versichertenbestand zu erhalten, und auch bei der LVA in Stuttgart lagen keine solchen vor.
Vom Verband deutscher Rentenversicherungsträger in Würzburg wurden zur Erarbeitung des Themas als einzig verfügbares, aussagekräftiges Material die durch Mikrozensus erstellten Zahlen des Statistischen Bundesamtes (51) über Zugangsquoten der BU- und EU-Renten der Jahre 1962 bis 1979 genannt und freundlicherweise zur Verfügung gestellt.
Diese Zahlen entstammen einer 1%-Flächenstichprobe, deren Stichprobenfehler allerdings nicht genau angegeben

werden kann.
Folgende Schwierigkeiten und Ungenauigkeiten bei der Erfassung des Versichertenstandes sind zu erwähnen:

1.) Das sogenannte Sterbeproblem, d. h., daß den Versicherungsanstalten gestorbene Versicherte vom Standesamt oder Angehörigen nicht gemeldet werden, also weiterhin Rente unberechtigterweise ausbezahlt wird, sicherlich ein vom Gesetzgeber zu verantwortender Mangel.
2.) Versicherungsnummern, also die zugeteilten Kennziffern der bei den Rentenanstalten Versicherten, wurden zum Teil fälschlicherweise an Personen ausgegeben, die keinen Beitrag leisteten.
3.) Versicherte können zum Teil auch zwei oder mehr Nummern erhalten.
4.) Viele Frauen, die nach der Eheschließung nicht mehr berufstätig sind, bleiben dann oft jahrelang latent oder freiwillig versichert oder treten dann nach einigen Jahren wieder einen Beruf an; sie sind dann nur schwer als Versicherte zu erfassen.
5.) Änderung des Versichertenstatus im Laufe des Berufslebens, z. B. vom Arbeiter zum Angestellten.
6.) Personen, die nicht ständig pflichtversichert sind, z. B. Arbeitslose, Bundeswehrdienstleistende, Studenten.

Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft aufgrund von BU- und EU-Renten über die Frühinvalidität besteht darin, daß in den jüngeren Altersgruppen aufgrund langer Ausbildungszeiten noch nicht alle pflichtversichert sind oder noch nicht lange genug Beitrag gezahlt haben, um rentenberechtigt zu sein.
Bei den über 50jährigen ist das bereits erwähnte Sterbeproblem zu berücksichtigen. Zum andern kann oft nicht eindeutig zwischen EU-/BU-Rente und vorgezogener Altersrente unterschieden werden. Für die Betrachtung der hier abzuhandelnden Frühinvalidität sind diese Altersgruppen jedoch sowieso ohne Interesse.

Durch all diese zu berücksichtigenden Einflußgrößen auf den Versichertenbestand ergeben sich natürlich gewisse Ungenauigkeiten. Da diese jedoch in allen Zielgruppen dieselben sind, fallen sie nicht ins Gewicht.

B) Darstellung der Statistik und der Diagramme:

Wie schon erwähnt, diente Hoscheks unveröffentlichter Vortrag (14) sowie die in entsprechender Weise für die darauf folgenden Jahre 1969 bis 1979 nachträglich angefertigten Diagramme als Ausgangspunkt dieser Arbeit.
Auf den Fehler, der dem zugrundeliegenden Material, den Prozentzahlen der Rentenzugangszahlen aus den Statistiken der Rentenversicherungsträger (46), innewohnt, wurde bereits hingewiesen, dennoch soll ein in dieser Art angefertigtes Diagramm für das Jahr 1970 (Diagramm Nr. 1) hier aufgezeigt werden, zum einen, weil die Darstellungsart, nämlich der halblogarithmische Maßstab, für die in dieser Arbeit verwendeten Diagramme übernommen wurde, zum andern, um mögliche, sich ergebende Unterschiede, welche die verschiedenen Bezugsgrößen der beiden Arten von Diagrammen mit sich bringen könnten, darzulegen, und so die Abweichungen von Hoscheks Diagrammen optisch sichtbar zu machen.
Zur Erklärung des Diagrammes Nr. 1:
Auf der Abszisse sind die Altersjahre zwischen 30 und 80 in normalem Maßstab aufgetragen, auf der Ordinate die EU-Rentenzugangszahlen der einzelnen Altersgruppen als Prozentwerte der Gesamtzahl der Rentenzugänge aller Altersstufen der jeweiligen Geschlechts- und Versicherungszweiggruppe im logarithmischen Maßstab. Die durchgezogenen Linien kennzeichnen die EU-Zugänge der Arbeiter, die gestrichelten Linien die der Angestellten. Alle 4 Kurven sind mit den entsprechenden Geschlechtssymbolen gekennzeichnet.
An dem Diagramm sind Hoscheks Aussagen zur Frühinvalidität aus den Jahren 1954 - 1968 wiederzuerkennen:

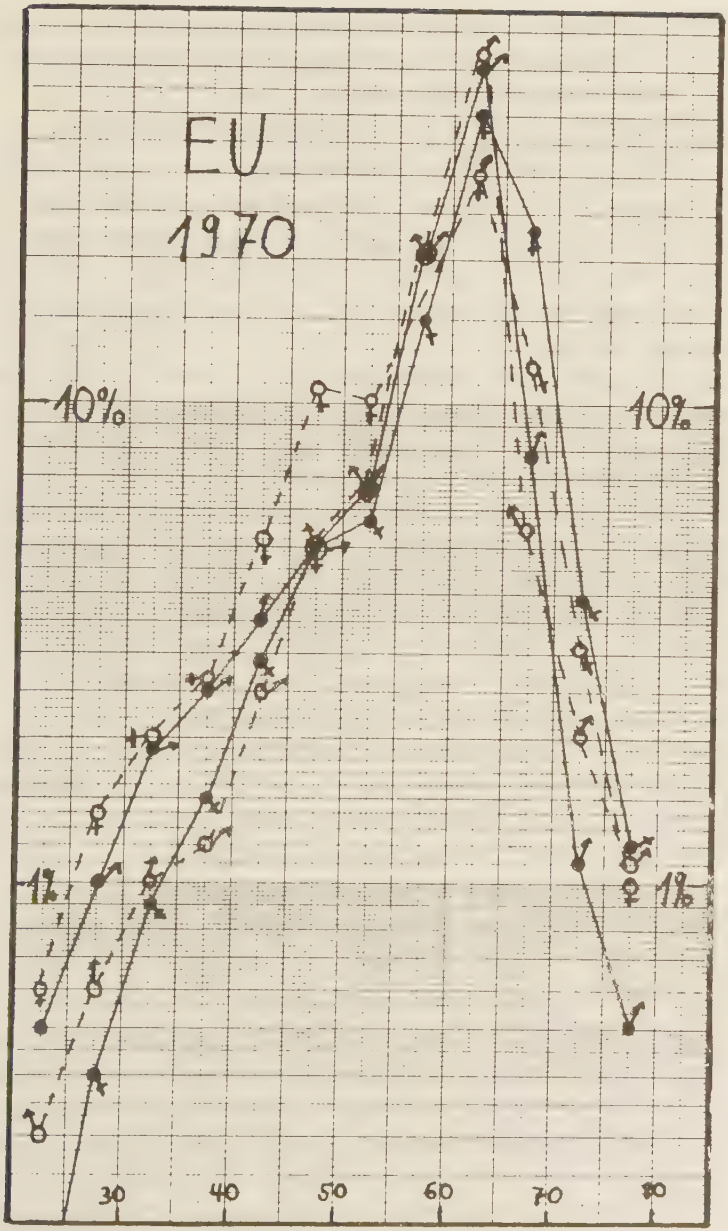

Diagramm 1: Legende siehe Text. S 16

1.) Die Frühinvalidität der weiblichen Angestellten liegt in den Gruppen 30 bis 50 Jahre immer höher als die ihrer männlichen Kollegen.
2.) Bei den Arbeitern weisen die Frauen eine niedrigere Frühinvalidität als die Männer auf.

Zusätzlich ist folgendes zu erkennen:
Die Frühinvalidität der weiblichen Angestellten liegt beträchtlich höher als die der Arbeiterinnen.
Diese Beobachtungen konnten für alle Jahre 1960 bis 1979 gemacht werden.
Der Vergleich des Diagramms auf Seite 17 mit dem Diagramm im Anhang, welche beide das Jahr 1970 betreffen, zeigt einen erheblichen Unterschied, der auf folgende Weise zustandekommt:
Bei dem Diagramm auf Seite 17 wurde die Gesamtzahl der Rentenzugänge in allen Altersstufen bei der betreffenden Gruppe zugrunde gelegt und die Zahl der Rentenzugänge nicht auf die Zahl der in der betrachteten Altersstufe Versicherten bezogen. Im Diagramm im Anhang wurde dies dann berücksichtigt und es zeigen sich dabei deutliche quantitative Unterschiede. Daraus ist wieder einmal ersichtlich, wie leicht aus statistischen Daten falsche Schlüsse gezogen werden, wenn man nicht alle in Betracht kommende Faktoren berücksichtigt. Somit sind nur aus den Kurven der 2. Art Schlußfolgerungen erlaubt.

Die Vorteile des von Hoschek angewandten halblogarithmischen Maßstabes sind folgende:

1.) Durch den Logarithmus der Ordinatenwerte werden die Unterschiede bei den niedrigen Werten, also in diesem Falle in den unteren Altersstufen, weiter auseinandergezogen und auf diese Weise schon auf den ersten Blick deutlicher gemacht. Dadurch können auch minimale Unterschiede aufgezeigt werden.
2.) Die Darstellung eines breiten Spektrums an Werten auf der Ordinate ist möglich. Dadurch können die Werte

aller Altersstufen nebeneinander dargestellt werden, was z. B. bei der Art der Darstellung von Mörschel et al. (20) (siehe unten) nicht möglich ist.

Allerdings sollte man bei Betrachtung der im halblogarithmischen Maßstab dargestellten Diagramme nie außer Acht lassen, daß sich Verzerrungen ergeben und eventuelle Unterschiede zwischen 2 Kurven bei niedrigen Werten vergrößert und bei hohen Werten verkleinert werden.
In diesen Kurven zeigen sich in allen Jahren von 1962 - 1980 regelmäßig wiederkehrende, gleichartige Unterschiede der Kurvenverläufe in den einzelnen untersuchten Beschäftigungsgruppen.

Mörschel et al. (20) verwenden für ihre Darstellung der Frühinvalidität die Zahlen des Mikrozensus der EU-/BU-Rentenzugangszahlen der Jahre 1962 bis 1979 (51).
Die Art der Darstellung ihrer Diagramme ist nichtlogarithmisch. Die einzelnen 5-Jahresgruppen werden in gesonderten Diagrammen betrachtet.
Der Nachteil dieser Darstellungsart ist, daß für die einzelnen Altersgruppen verschiedene Maßstäbe verwendet werden müssen, da sich die Rentenzugangsquoten der verschiedenen Altersgruppen stark voneinander unterscheiden.
So liegt die Größenordnung der EU-/BU-Quoten für die einzelnen Altersgruppen bei:

30 - 34 Jahre: zwischen 0,5 und 1,9 Promille
35 - 39 " " 0,5 und 3,2 Promille
40 - 44 " " 1,1 und 4,8 "
45 - 49 " " 2,0 und 9,6 "

Die niedrigsten Werte sind jeweils die der männlichen Angestellten, die höchsten die der Arbeiter.
Der Vorteil dieser Darstellungsart besteht darin, daß die Zielgruppen desselben Alters im Verlaufe der Jahre betrachtet werden und direkt miteinander verglichen werden können.
Der nichtlogarithmische Maßstab bringt den Vorteil, daß

keine Verzerrungen berücksichtigt werden müssen. Er läßt aber dafür Unterschiede im Kurvenverlauf nicht auf den ersten Blick erkennen.
Aus schon genannten Gründen sollen nur die Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren betrachtet und verglichen werden. Aus Mörschel und Rehfelds Arbeit ergeben sich folgende Aussagen:
In allen Jahren 1962 bis 1979 liegen die Kurven der EU-/BU-Quoten der männlichen Angestellten am niedrigsten, gefolgt von den weiblichen Angestellten. Danach folgen die Arbeiterinnen, und die Arbeiter zeigen die höchsten Werte. Man kann also unschwer erkennen, daß bei den Arbeitern insgesamt eine stärkere Tendenz zur vorzeitigen Berentung besteht als bei Personen im Angestelltenverhältnis.
Damit ergeben sich allerdings auch Unterschiede zu den von Hoschek gefundenen Ergebnissen, bei dem die Frühinvalidität der weiblichen Angestellten immer höher zu sein schien als bei den Arbeiterinnen. Die Gründe für diese bedeutenden Unterschiede sind durch die unterschiedlichen Bezugsgrößen der Darstellungsarten zu erklären.
Allerdings sind die sich sehr stark unterscheidenden Rentenquoten von männlichen Arbeitern und Angestellten in beiden Arbeiten deutlich zu erkennen.
Diese eingehendere Betrachtung und der Vergleich der beiden Arbeiten von Hoschek und Mörschel/Rehfeld dienten zur Vorarbeit dieses Themas und ermöglichten es, eine neue Art für die Darstellung der Frühinvalidität zu finden. Nachfolgend soll dies nun aufgezeigt und ausgewertet werden.

C) Darstellung und Auswertung der eigenen Diagramme:

Für die Anfertigung der Diagramme 9 bis 26 (siehe Anhang) wurde Hoscheks (14) halblogarithmische Darstellung verwendet, um die Unterschiede in den unteren Altersstufen, also die Frühinvalidität, genauer darstellen zu können. Das dafür nötige Zahlenmaterial entstammt, analog zu Mörschel et al. (20), den Mikrozensuserhebungen über die EU-/BU-Quoten des Statistischen Bundesamts (51). Bezugsgröße ist also der Versichertenbestand der jeweiligen Geschlechts- und Versicherungszweiggruppe und der Altersgruppen. Auf der Abszisse sind in 5-Jahresgruppen die Altersjahre 30 bis 80 Jahre in normalem Maßstab aufgetragen.
Die Ordinate zeigt in logarithmischem Maßstab (in Promille) die Werte der Rentenquoten an, also die Anzahl der Berentungen im Verhältnis zu den Versicherten der entsprechenden Gruppe.
Es liegen Diagramme für die Jahre 1962 bis 1979 vor.
Die durchgezogenen Linien stellen die Rentenquoten der Arbeiter bzw. der Arbeiterinnen dar, die gestrichelten Linien die der Angestellten.
Alle Kurven sind an den Markierungspunkten mit den entsprechenden Geschlechtssymbolen versehen.
Auf diese Weise konnten die EU-/BU-Quoten aller 4 Zielgruppen männliche/weibliche Arbeiter und männliche/weibliche Angestellte jeweils für ein Jahr auf demselben Diagramm berücksichtigt und somit direkt verglichen werden.
Im Rahmen dieser Arbeit über die sogenannte Frühinvalidität sollen jedoch nur die Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren untersucht werden, die eingezeichneten EU-/BU-Quoten für die niedrigeren und die höheren Altersstufen sollen nur zum optischen Vergleich dienen und werden nicht gesondert erwähnt.

Auswertung:

Für alle untersuchten Jahre 1962 bis 1979 zeigt sich ein weitgehend gleichbleibender Kurvenverlauf. In allen 4 Gruppen steigen die Werte der EU-/BU-Quoten zwischen 30 und 65 Jahren steil an, um bei den höheren Lebensaltern wieder, aufgrund der nun eintretenden Altersrenten, abzufallen. Die niedrigsten Werte sind immer bei den männlichen Angestellten zu verzeichnen, gefolgt von den weiblichen Angestellten. Danach folgen die Quoten der Berentung der Arbeiterinnen, und die höchsten Werte findet man regelmäßig bei den männlichen Arbeitern.
Bis Mitte der 70er Jahre ist eine nahezu konstante Abnahme der Berentungsquote bei allen Gruppen der Altersklassen 30 bis 50 Jahre zu sehen, die bei den beiden Gruppen der Angestellten stärker ausgeprägt ist als bei den Arbeitern. In den späteren Jahren findet sich dann allerdings wieder eine Zunahme der Werte, und zwar verstärkt bei den beiden Altersgruppen.
Man kann also eine deutliche Divergenz im Berentungsverhalten der Arbeiter und der Angestellten verzeichnen. Auffällig ist auch, daß bis Mitte der 60er Jahre die Berentungsquoten der Arbeiterinnen und der weiblichen Angestellten relativ geringe Unterschiede aufwiesen, die dann aber in den folgenden Jahren sehr viel größer wurden, so daß man sagen kann, das Berentungsverhalten der Arbeiterinnen glich sich nahezu dem der männlichen Kollegen an und das der weiblichen Angestellten blieb in etwa parallel zu dem der männlichen Angestellten.
Genau wie aus Hoscheks (14) und Mörschels et al. (20) Arbeiten stellen sich folgende Ergebnisse dar:

1.) Die Frühinvalidität der weiblichen Angestellten liegt höher als die ihrer männlichen Kollegen, und zwar in allen beobachteten Jahren 1962 bis 1979 für die Altersgruppen 30 bis 50 Jahre.
2.) Die Frühinvalidität der Arbeiterinnen liegt niedriger als die ihrer männlichen Kollegen.

Entsprechend Mörschel et al. (20) ergibt sich, daß die Frühinvalidität der Arbeiterinnen höher als die der weiblichen Angestellten liegt.
Besonders zu beachten sind die Jahre 1973/74, in denen zum ersten Mal die Tendenz zum deutlichen Divergieren der Berentungsverhalten von Arbeitern und Angestellten beobachtet werden konnte.
Aufgabe dieser Arbeit soll es nun sein, Erklärungsmöglichkeiten für die in allen Jahren konstant beobachteten Unterschiede im Berentungsverhalten der 4 Zielgruppen herauszufinden.
Besonders ist zu klären, warum die weiblichen Angestellten eine höhere Berentungsquote in den jüngeren Altersgruppen aufweisen als ihre männlichen Kollegen, obwohl sie sicher keine belastenderen Tätigkeiten als diese ausüben.
Besondere Beachtung verdienen außerdem mögliche Geschehnisse in den Jahren 1973 und 1974, in denen erstmals die Unterschiede zwischen Arbeitern und Angestellten stark divergierten.

5.) Mögliche Ursachen der erhöhten Frühinvalidität der weiblichen Angestellten:

Wie in den vorherigen Ausführungen gezeigt wurde, ist die im Verhältnis zu den männlichen Angestellten hohe Frühinvaliditätsrate der weiblichen Angestellten zwischen 30 und 50 Jahren zwar rückläufig, besteht jedoch nach wie vor.
Allerdings weisen die Arbeiterinnen eine noch höhere vorzeitige Berentung auf.
Sind die Frauen also doch durch die doppelte Belastung in Beruf und Haushalt so sehr überfordert, daß es früher oder später zu gesundheitlichen Schäden kommt?
Blohmke (1) stellte 1975 fest, daß die meisten berufstätigen Frauen auch nach Feierarbend noch körperlich anstrengende Arbeit im Haushalt verrichten mußten. Dies betraf die Arbeiterinnen in größerem Ausmaß als die Angestellten. Weitere Ergebnisse ihrer Arbeit sind folgende: von den erfaßten Personen gab es unter den Angestellten mehr Ledige als bei den Arbeiterinnen, und es fiel ihr auf, daß ledige Frauen im allgemeinen gesünder sind als verheiratete.
Die Kinderzahl bei Arbeitern und Angestellten unterscheidet sich heutzutage nicht mehr (8).
Betrachtet man die verschiedenen Berufsmotive bei den Frauen, so scheint es, daß die meisten Angestellten im allgemeinen wohl eine positivere Einstellung zu ihrer Berufstätigkeit haben als die Arbeiterinnen (1).
Da wir uns, wie Ellwanger (11) es nennt, im "Nervenzeitalter" befinden, das sich gegenüber dem "Muskelzeitalter" früherer Zeiten durch weniger Bewegung und Kraftaufwand, dafür mehr Arbeit im Sitzen, große mentale Belastung, sogenannte "wachsame Faulheit" und eine gleiche Eignung der Frau wie des Mannes zu solchen Berufen auszeichnet, wirkt sich bestimmt auch der psychische Streß in Beruf und Familie auf die Invalidisierungshäufigkeit aus. Zu diesem Streß gehören z. B. auch die erschwerten Aufstiegschancen für Frauen, die auch heute noch überwie-

gend in untergeordneten und weniger qualifizierten Berufen tätig sind (8).
Man könnte also die höhere Frühinvalidität der Arbeiterinnen gegenüber den weiblichen Angestellten durch Mehrarbeit im Haushalt zu erklären versuchen.
Ein möglicher Grund für die Unterschiede des Frühinvaliditätsverhaltens zwischen weiblichen und männlichen Arbeitern ist das erhöhte Berufsrisiko in gewissen Berufszweigen, die bei den Männern durch Schwerarbeit erhöhte körperliche Schädigungen mit sich bringt, was bei den Frauen durch das Gesetz (siehe oben) ausgeschlossen ist.
Die Arbeitsmedizin hat in den letzten Jahren zwar sehr gründlich die berufsspezifischen Belastungen erforscht, die zu Erkrankungen führen können (1, 2, 12, 15, 16, 17, 19, 38, 42, 43), und auch versucht, Maßnahmen zu ihrer Verhütung zu ergreifen, was allerdings noch nicht überall gelingen konnte, so daß sich gewisse Berufszweige immer noch durch ein erhöhtes gesundheitliches Risiko auszeichnen.
Für körperliche Schädigungen ist dies relativ einfach meßbar und erfaßbar, nicht jedoch für psychischen Streß, der sich in vielfältiger Weise auswirken kann.
Bei den Angestellten beiderlei Geschlechts unterscheiden sich die berufsspezifischen Belastungen im allgemeinen nicht und sind geringer als bei den Arbeitern.
Somit ist also nicht einzusehen, warum die weiblichen Angestellten höhere BU-/EU-Quoten als ihre männlichen Kollegen aufweisen.
Als mögliche Hauptursachen der verschiedenen Berentungsquoten der 4 Zielgruppen sollen folgende Punkte genauer untersucht werden:

A) Vorherrschende Berufszweige bei Arbeiterinnen und Angestellten sowie eine mögliche Berufsgefährdung.
B) Vorherrschende EU-Diagnosen der beiden Gruppen in den verschiedenen Altersstufen und Vergleich mit den Männern.
C) Möglicher Einfluß der Wirtschaftslage.

Demographische Verschiebungen haben bei dieser Art von Darstellung keinen Einfluß, da die Berentungszahlen auf die Versichertenbestände bezogen sind.

A) Vorherrschende Berufszweige bei Arbeiterinnen und Angestellten sowie mögliche Berufsgefährdung.

Da durch das Gesetz die Beschäftigung von Frauen in gewissen Berufszweigen untersagt ist, z. B. im Baugewerbe und in Bergwerken, schränkt sich das Spektrum der von Frauen ausgeübten Berufe vor allem bei den Arbeitern gegenüber den Männern ein.
Für die Arbeiterinnen ergibt sich nach Blohmke u. Reimer (2) ein Anhäufung in folgenden Bereichen:
Im landwirtschaftlichen Bereich, in der Verarbeitung von Stein, Glas, Metall, Holz und Leder, im Druck- und Textilgewerbe, in der Chemieindustrie, in der Nahrungsmittelindustrie sowie im Gaststättengewerbe.
Erhöhte Erkrankungsrisiken werden angegeben für:
Metallverarbeitung (Tumoren),
Elektroindustrie (Tumoren, ZNS- und psychische Erkrankungen),
Druckereigewerbe (Tumoren der Geschlechtsorgane),
Textilbranche (alle Tumoren, psychische Erkrankungen).
Allerdings muß bedacht werden, daß diese Erkrankungen weit häufiger bei den Männern gefunden werden, die durch das Gesetz nicht in dem Maße wie die Frauen vor Berufsschäden geschützt werden.

Von Arbeiterinnen und Angestellten gewählte Bereiche sind Handel und Transportwesen, wobei die Angestellten zahlenmäßig viel stärker vertreten sind.
In diesen Berufen ist vor allem mit einer Belastung des Konzentrationsvermögens zu rechnen, dazu Ermüdung durch zu langes Sitzen und fehlenden Bewegungsausgleich.
Typische, d. h. zahlenmäßig relevante Berufstätigkeiten für Arbeiterinnen sind z. B.: leichte Montagearbeiten am Fließband (Monotonie, Mangel an körperlicher Bewegung

bei sitzender Arbeit), Spinnerin (geistige Konzentration und Zeitdruck), Packerin, Putzfrau, Küchengehilfin (ständiges Stehen).
In diesen Berufszweigen, in denen kaum körperliche Belastungen zu finden sind, kann man von einer gleichen Belastung bei Männern und Frauen ausgehen.
Die weiblichen Angestellten sind vor allem in Berufen der Organisation, Handel, Dienstleistungen, Gesundheit, Sozialbereich zu finden. Den größten Anteil mit über 2 Mio. im Jahre 1978 machen die weiblichen Angestellten in den Bereichen Organisation, Verwaltung und in den Büroberufen aus. Typische Berufe weiblicher Angestellten sind z. B.:
Verkäuferin (ständiges Stehen), Stenotypistin und Datentypistin (Konzentration), Krankenpflege (Nachtdienste, unregelmäßige Arbeitszeit, Überstunden), sowie alle akademischen Berufe (Ärztin, Lehrerin etc.).
Nach Blohmke und Reimer (2) sind in den Angestellten-Berufen gehäuft Neurosen und "vegetative Dystonien" zu finden, daneben, wie bei den Arbeiterinnen, Tumoren und psychische Erkrankungen.
Auch in diesen Berufen sind die Frauen meist in untergeordneten Stellen zu finden, die Aufstiegschancen sind recht erschwert, was sich bei beruflichen Ambitionen von Frauen dann nur mit wesentlich mehr Arbeit und Bemühung erreichen läßt, als dies bei den Männern der Fall ist, was sich dann wohl oft recht frustrierend auswirkt und zum sogenannten psychischen Streß beiträgt.

Man kann also erkennen, daß die Arbeiterinnen sowohl körperlichen Belastungen durch z. B. unsachgemäße Arbeitsplätze als auch geistiger Anstrengung durch oft monotone Arbeiten (z. B. Fließband) ausgesetzt sind, wobei jedoch viele Berufe mit extremer körperlicher Gefährdung von Frauen gar nicht ausgeübt werden dürfen.
Die berufliche Belastung der Angestellten besteht vor allem in einer ständigen Forderung des Konzentrations-

vermögens. Allerdings dürfte diese Belastung bei den männlichen Angestellten die gleiche sein.
Im übrigen etwa sind bei beiden Gruppen, Arbeiterinnen und Angestellten, auch im privaten, außerberuflichen Bereich unterschiedliche Verhaltensweisen zu berücksichtigen, welche zu Gesundheitsschäden beitragen können: Übermaß von Kaffee und Zigaretten in Streßberufen (Angestellte), mangelnde Kalorienkontrolle (vor allem bei den Arbeiterinnen).
Es ergibt sich somit eine breite Palette an Risikofaktoren, die auch im Einzelfall nicht immer eingestanden werden und daher statistisch auch nicht zuverlässig erfaßbar sind.

B) Vorherrschende EU-Diagnosen bei den Arbeiterinnen und den weiblichen Angestellten sowie Vergleich mit den Männern.

Zugrunde liegen die Statistiken der EU-Diagnosen der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung der Jahre 1962 bis 1979 (46).

Bevor es überhaupt zu einer Berentung wegen EU oder BU kommt, liegt meist ein längeres Leiden vor bzw. wurden zuerst Heilverfahren wie z. B. Kuraufenthalte verordnet, die ebenfalls von den Rentenversicherungen getragen werden. Die Aussagekraft der EU-Diagnosen erfährt gewisse Einschränkungen durch folgende Faktoren:

- Oft liegt eine Multimorbidität vor, d. h., es ist nicht eindeutig zu bestimmen, wegen welcher seiner Leiden ein Patient nun wirklich berentet wurde.
- Die Diagnose hängt stark vom subjektiven Urteil des Arztes ab, und manche Ärzte neigen zu bestimmten, bevorzugten Diagnosen, entweder eher "exotische" Krankheiten herauszufinden oder aber sich auf allgemein gängige Diagnosen zu beschränken, so daß die EU-Diagnosen wohl nicht als objektive und eindeutig verläßliche Daten angesehen werden können.
- Durch grundlegende Verbesserungen der therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten kam es in den letzten Jahrzehnten zu einer bedeutenden Veränderung des Krankheitsspektrums insgesamt, d. h. eine Verschiebung von den früher häufigeren Infektionskrankheiten zu den degenerativen Erkrankungen. Außerdem können heute mit immer feineren Methoden Krankheiten früher festgestellt werden.
- Die Persönlichkeit des Patienten in Bezug auf Sensibilität und den Willen zur Krankheit spielt eine entscheidende Rolle bei der Berentung und ist ein nur schwer einzuschätzender Faktor, ebenso auch die Motivation zum Beruf.

- Bestimmte Charaktertypen sind für bestimmte Krankheiten disponiert, und möglicherweise häufen sie sich dann durch entsprechende Berufswahl in gewissen Berufszweigen an.

EU-Diagnosen:
Arbeiterinnen:

Bis 24 J.: Bis 1970 ist die Tuberkulose die häufigste Berentungsursache, in den folgenden Jahren die Schizophrenie.

25 - 29 J.: In allen Jahren ist die Schizophrenie vorherrschend.

30 - 34 J.: Bis 1970 die Bösartigen Neubildungen (BN) der Harn- und Geschlechtsorgane am häufigsten später die Schizophrenie.

35 - 39 J.: Bis 1972 BN der Harn- und Geschlechtsorgane, ab 1973 die BN der Haut, Knochen, Brust.

40 - 44 J.: Bis 1973 BN der Harn- und Geschlechtsorgane, ab 1974 BN der Haut, Knochen und Brust.

45 - 49 J.: wie in der vorherigen Altersgruppe.

Weibliche Angestellte:

Bis 24 J.: Keine eindeutig vorherrschende Diagnose. Häufig sind Multiple Sklerose, Schizophrenie und BN der lymphatischen Organe und des Blutes.

25 - 29 J.: Bis 1974 ist die Schizophrenie die häufigste Ursache, in den folgenden Jahren gewinnt die Multiple Sklerose an Bedeutung.

30 - 34 J.: Bis 1977 ist die Schizophrenie am häufigsten, ab 1978 die BN der Haut, Knochen und Brust.

35 - 39 J.: Bis 1969 die BN der Harn- und Geschlechtsorgane, dann die BN der Haut, Knochen und Brust.

40 - 44 J.: In allen Jahren sind die BN von Haut, Knochen und Brust die häufigste Diagnose.

45 - 49 J.: wie in der vorherigen Gruppe.

Im allgemeinen ist bei den beiden Gruppen dasselbe Krankheitsspektrum zu finden. Bei den jungen Angestellten ist die Diagnose Multiple Sklerose etwas öfter zu finden, bei den jungen Arbeiterinnen die Tuberkulose, in den letzten Jahren jedoch (vermutlich infolge der verbesserten hygienischen Verhältnisse) im Abnehmen begriffen.
Immer mehr an Bedeutung gewinnen die BN der Brust, die wegen der verfeinerten diagnostischen Methoden in immer früheren Stadien erfaßt und behandelt werden können.

Arbeiter:

Bis 24 J.: Die wichtigste Gruppe bilden Knochenbrüche und Verletzungen aller Art.
25 - 29 J.: Schizophrenie ist die häufigste Ursache.
30 - 34 J.: Ebenfalls Schizophrenie.
35 - 39 J.: Bis 1974 Erkrankungen der Leber, Gallenblase und der Bauchspeicheldrüse, ab 1975 Schizophrenie und Neurosen.
40 - 44 J.: Bis 1974 Erkrankungen der Leber usw., ab 1975 sind die Neurosen am häufigsten.
45 - 49 J.: Bis 1976 sind die Erkrankungen der Leber usw. und ischämische Herzerkrankungen etwa gleich häufig, ab 1977 wurden auffallend viele Neurosen diagnostiziert.

Männliche Angestellte:

Bis 24 J.: Sehr häufig Schizophrenie, daneben Verletzungen und Tuberkulose.
25 - 29 J.: Schizophrenie ist die häufigste Ursache.
30 - 34 J.: Ebenfalls Schizophrenie.
35 - 39 J.: Schizophrenie, sehr häufig auch Leber usw.
40 - 44 J.: Erkrankungen der Leber, Gallenblase und der Bauchspeicheldrüse.
45 - 49 J.: Ischämische Herzerkrankungen sind die weitaus am häufigsten gestellte Diagnose.

Vergleich mit den Frauen:

Beide Geschlechter sind von der Schizophrenie gleichermassen betroffen. Die für die Frauen mittleren Alters kennzeichnenden Erkrankungen sind die Tumoren der Brust und der Geschlechtsorgane. Bei den Männern derselben Altersgruppe findet man vorwiegend Erkrankungen der inneren Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse, was möglicherweise auf den Alkohol zurückzuführen ist.
An Häufigkeit nehmen vor allem bei den männlichen Angestellten im Laufe der beobachteten Jahre die ischämischen Herzerkrankungen zu. Diese Befunde wurden auch von anderen Autoren (1, 2, 12) beobachtet.
Was herausragt, ist die hohe Betroffenheit der weiblichen Angestellten von der Multiplen Sklerose, vor allem in den Altersgruppen bis 30 Jahren.
Der hohe Anteil an Verletzungen und Knochenbrüchen bei den jungen Arbeitern, der vermutlich durch Verkehrsunfälle, die bei Männern in diesem Alter unverhältnismäßig häufig sind, bedingt ist, möglich [illegible] die aber auch Unfälle in den Betrieben wegen Unachtsamkeit dafür verantwortlich gemacht werden können, erklärt zum Teil die gegenüber den jungen Arbeiterinnen stark erhöhte Frühinvalidität.
Damit wäre zum Teil auch der gravierende Unterschied der EU-Quoten von männlichen Angestellten und Arbeitern zu erklären.
Die Berentungsdiagnosen lassen jedoch keine Aussage zu über die gegenüber den Männern erhöhte Frühinvalidität der weiblichen Angestellten.
Insgesamt sind im Krankheitsspektrum von Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten keine großen Unterschiede zu erkennen, genausowenig beim Vergleich der beiden Männergruppen miteinander.
Im Vergleich der geschlechtsspezifischen Erkrankungen findet man jedoch, zum Teil durch biologische Unterschiede, aber auch durch falsche Lebensführung bedingt, große Abweichungen.
Zu den häufigsten Krankheiten bei den Frauen bis 50 Jahren

zählen Schizophrenie, Multiple Sklerose, BN der lymphatischen Organe und BN der Haut, Knochen und Brust.
Bei den Männern findet man vor allem Verletzungen und Knochenbrüche, Schizophrenie, Erkrankungen der inneren Organe und ischämische Herzerkrankungen.
Für die häufigsten EU-Diagnosen bei den Frauen wurde deren prozentualer Anteil an allen Diagnosen der entsprechenden Altersgruppen getrennt für Arbeiterinnen und Angestellte berechnet und in folgenden Diagrammen aufgezeichnet:

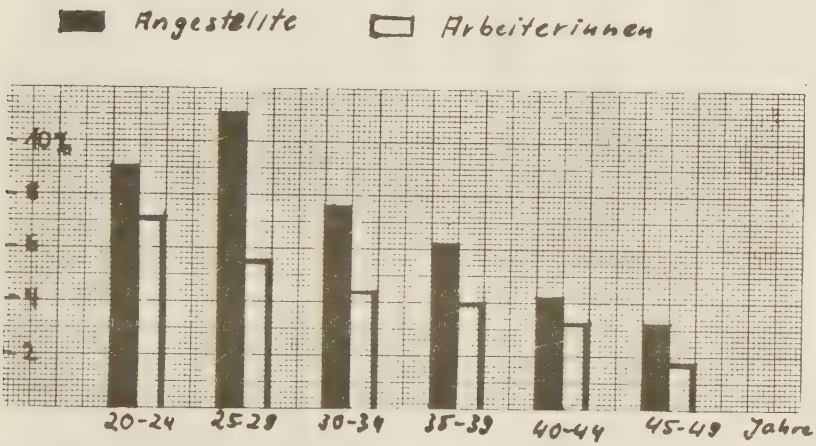

Diagramm 2: Multiple Sklerose.

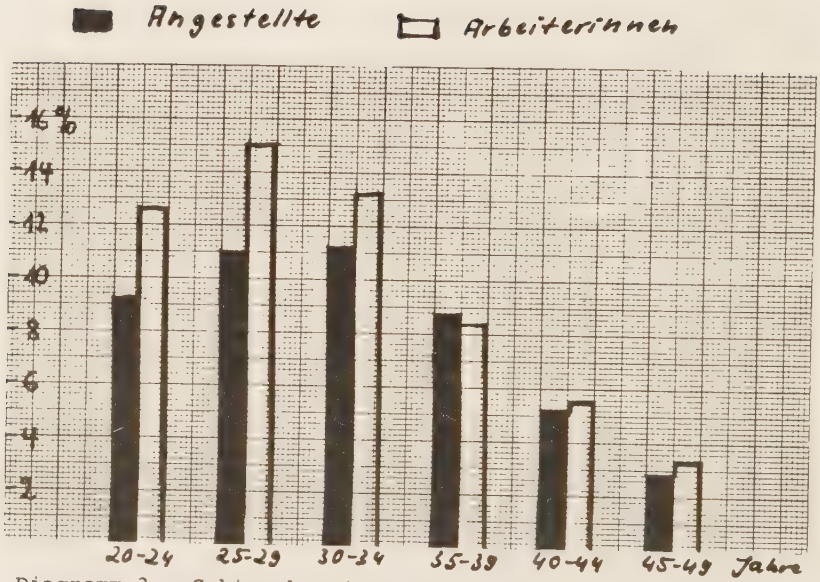

Diagramm 3: Schizophrenie.

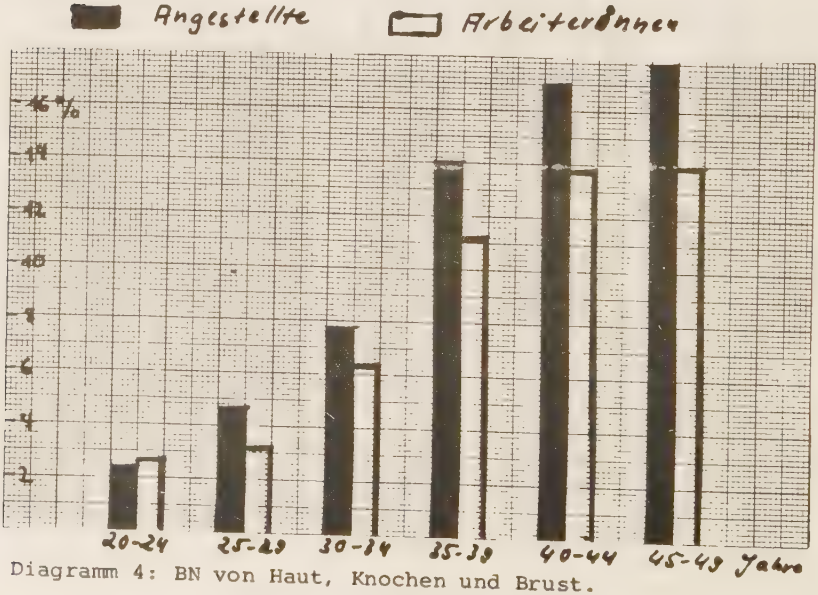

Diagramm 4: BN von Haut, Knochen und Brust.

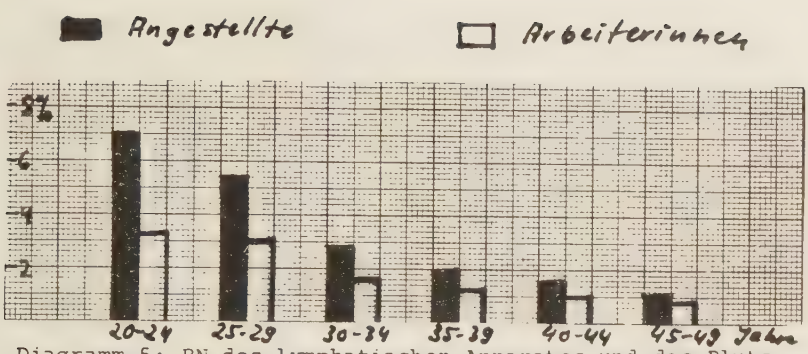

Diagramm 5: BN des lymphatischen Apparates und des Bluts.

Die berechneten Prozentzahlen sind Durchschnittswerte für die Jahre 1969 bis 1978.
Die Schizophrenie ist bei den Arbeiterinnen häufiger diagnostiziert worden als bei den Angestellten, bei den andern aufgeführten Erkrankungen ist es umgekehrt.
Deutlich sind auch die Erkrankungen mit der sogenannten "Linksverschiebung", d. h. die jüngeren Altersstufen sind in größerem Ausmaß betroffen als die älteren, also Multiple Sklerose, Schizophrenie und BN des lymphatischen Apparates von den BN von Haut, Knochen und Brust, die vor allem die älteren Frauen betreffen, zu unterscheiden.

Hier noch kurz Näheres zu den aufgeführten Erkrankungen:
Die Multiple Sklerose ist eine schubweise verlaufende Demyelinisierung des zentralen Nervensystems, von der doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen sind.
Die Krankheit manifestiert sich in den meisten Fällen zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr (32).
Die Diagnose ist oft nicht einfach zu stellen, da die Symptome mannigfaltig sein können. Meist findet man Doppelbilder, einseitigen Visusverlust, imperativen Harndrang als Frühsymptome, dann folgen spastische Lähmungszeichen, Pyramidenzeichen, Ataxie und oft eine unangemessene Euphorie. Über die Genese herrscht noch Uneinstimmigkeit, es werden eine slow-virus-Infektion oder ein Autoimmungeschehen dafür verantwortlich gemacht.

Schmidt (32) berichtet, daß bei Schwerarbeitern die Manifestation der Krankheit etwa 10 Jahre früher erfolgt als bei anderen Personen.
Ein Drittel der Betroffenen soll 10 bis 15 Jahre nach Beginn der ersten Symptome noch arbeitsfähig sein.
Auffällig ist nun aber das überaus häufige Vorkommen dieser Erkrankung bei den jungen weiblichen Angestellten, die doch offensichtlich keine Schwerarbeit im üblichen Sinne zu leisten haben. Zu diskutieren wäre psychischer Streß als Auslösungsfaktor der Krankheit, also ständige geistige Belastung. Möglicherweise ist diese Personengruppe aber einfach nur sensibler gegenüber den ersten, nur schwer zu erkennenden Symptomen, so daß bei den weiblichen Angestellten die Diagnosestellung früher erfolgt und damit auch das Krankheitsgefühl bestätigt wird und Ängste ausgelöst werden. Auch ist die Wahl eines "Schwächlingsberufs" (Angestellte) durch Mädchen mit asthenischer Konstitution, die bei Multipler Sklerose vorherrscht, zu berücksichtigen.

Die Schizophrenie ist eine Psychose, bei der es zu Störungen des Ichs, des Denkens, der Affektivität und der Wahrnehmung kommt. Es sind die verschiedensten Verläufe beobachtet worden (33). An der Entstehung der Krankheit sind sowohl genetische, konstitutionelle als auch erziehungs- und umweltbedingte Faktoren beteiligt. Infragestellung des Selbstwertgefühls durch mangelnde Aufstiegschancen und Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung sowie steigende Leistungsanforderungen und Angst vor dem Versagen können zum Auslösen vieler psychischer Erkrankungen beitragen.
Bei der Schizophrenie zeigt sich ein Altersgipfel zwischen 20 und 29 Jahren (35), mit einer leichten Bevorzugung des männlichen Geschlechts. Etwa 42 % der Erkrankten sollen noch arbeitsfähig sein.
Monotone Arbeiten scheinen den Ausbruch einer Schizophrenie besonders zu begünstigen (2), es kann aber auch

ein umgekehrter Zusammenhang vorliegen. Diese monotone Arbeit ist wohl besonders oft bei den Arbeitern zu finden, z. B. Fließbandarbeit, so daß der hohe Anteil von jungen Arbeitern beiderlei Geschlechts an der EU-Diagnose Schizophrenie nicht weiter verwunderlich ist. Es wäre aber auch zu diskutieren, ob bei Personen, die zu einer solchen Erkrankung neigen, also prämorbide Persönlichkeitsstruktur aufweisen, nicht in manchen Fällen aus diesen Gründen eine bessere Ausbildung nicht möglich ist und sich so eine unverhältnismäßig hohe Anzahl in Arbeiterberufen ansammelt.
Sicherlich ist der hohe Anteil an Arbeitern an der Schizophrenie nicht durch einen einzigen Faktor zu erklären.

Bösartige Tumoren spielen heute eine immer wichtigere Rolle. Dabei sind bei den Frauen an erster Stelle die Mammakarzinome zu nennen, die auch in den jüngeren Altersgruppen immer häufiger vorkommen, was Gercke (12) und Blohmke (2) feststellten. Die weiblichen Angestellten sind in noch größerem Ausmaß davon betroffen als die Arbeiterinnen. Brustkrebs findet man häufiger bei kinderlosen Frauen als bei solchen, die geboren haben.
Eine wichtige Rolle bei der Erkennung der bösartigen Tumoren spielen die Vorsorgeuntersuchungen (38), die immer häufiger in Anspruch genommen werden, auch von Jüngeren. Durch ständig verfeinerte diagnostische Methoden gelingt es, die Tumoren in immer früheren Stadien zu erkennen und zu heilen. Allerdings wird gerade durch das Bekanntwerden einer solchen bösartigen Erkrankung auch das Gefühl, krank und unnütz zu sein,und dadurch eher eine Bereitschaft zur vorzeitigen Berentung geschaffen.

Erkrankungen aus dem psychosomatischen Kreis (die in den Rentenstatistiken gesondert aufgeführt werden) wie z. B. "vegetative Dystonie", Nervosität, Schwächezustand und

Hypotonie, die sehr oft auch bei jüngeren Patienten zu finden sind, spielen bei den Berentungsursachen der jüngeren Altersgruppen nur eine untergeordnete Rolle, und zwar bei allen 4 Zielgruppen.
Nach Boschke (4) gewinnt jedoch besonders die Hypotonie einen immer größeren Einfluß auf die Erwerbsunfähigkeit, wovon Frauen weit häufiger als Männer betroffen sein sollen. Der Gipfel dieser Erkrankungen liegt jedoch um das 50. Lebensjahr, ist also für die Betrachtung der Frühinvalidität irrelevant.
In den Statistiken der Rentenanstalten ist die Diagnose Hypotonie nur bis zum Jahre 1972 aufgeführt, scheint also keine Rolle mehr zu spielen; oder die Erfassung dieser Erkrankung wurde auf andere Diagnosen wie "vegetative Dystonie", Schächezustand oder Nervenschwäche verteilt. All diese Begriffe sind jedoch nur sehr schwer zuzuordnen, da ihre genaue Bestimmung kaum erfolgen kann.

Offensichtlich kann man die Unterschiede in den Berentungsquoten der 4 Zielgruppen nicht einer oder wenigen Diagnosen bzw. Erkrankungen zur Last legen.
Interessant sind jedoch die alters- und geschlechtsspezifischen Erkrankungen, die zum Teil im Verlauf der beobachteten Jahre gewisse Verschiebungen und Veränderungen erfahren.

5.) Möglicher Einfluß der Wirtschaftslage auf die Frühinvalidität:

Unter solchen Einflüssen wäre vor allem die Arbeitslosigkeit zu verstehen. So konnten Schewe und Zöllner (30) einen direkten Zusammenhang zwischen Zunahme der Frühinvalidität und einem Anstieg der Arbeitslosigkeit feststellen, und auch Mörschel et al. (20) erwähnen einen Zusammenhang dieser beiden Faktoren.
Es wurde beobachtet, daß ganz bestimmte Altersgruppen, wie z. B. Frauen über 50 Jahren und Arbeiter zwischen 55 und 60 Jahren, die besonders stark von Arbeitslosigkeit bedroht sind (37), versuchen, in den Genuß einer EU- oder BU-Rente zu gelangen, anstatt sich auf die meist recht aussichtslose Suche nach einer neuen Arbeitsstelle zu machen. Auch die in den letzten Jahren zunehmende Jugendarbeitslosigkeit sowie Schwierigkeiten, überhaupt einen Ausbildungsplatz zu finden, führen zu Verhaltensweisen in dieser Richtung. Allerdings haben diese Altersgruppen noch keinen Anspruch auf Rente.
Ein recht eindrucksvolles Bild gibt das folgende Diagramm 6, auf dem die Arbeitslosenquoten der 4 Zielgruppen für alle Altersgruppen zusammengefaßt für die Jahre 1966 bis 1979 eingezeichnet sind:

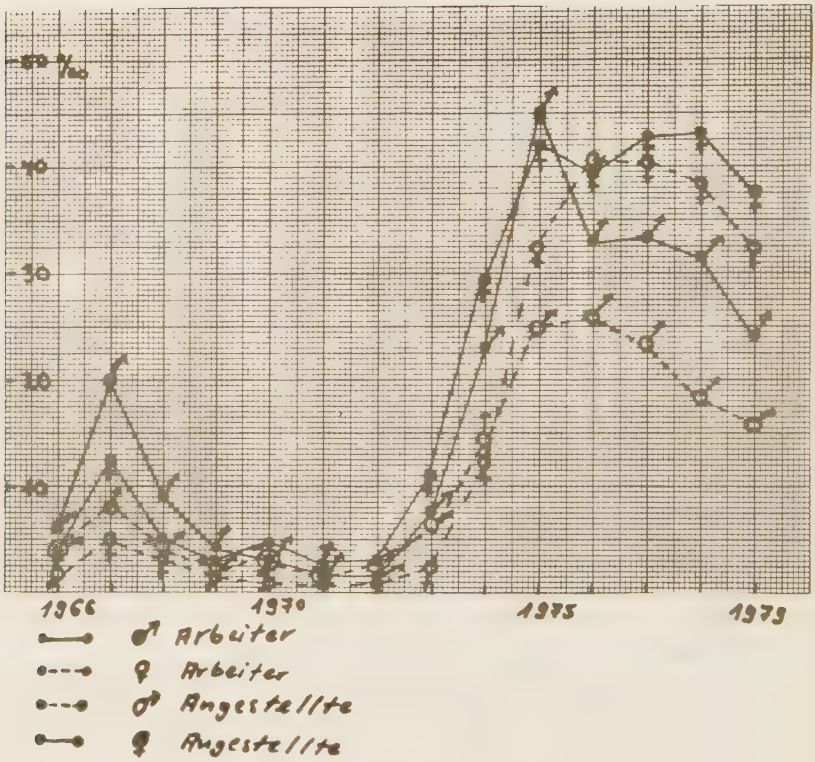

Diagramm 6: Arbeitslosenquoten.

Das Diagramm 6 wurde aus den Werten des Mikrozensus der Versichertenquote des Statistischen Bundesamtes (51) erstellt.
Auffallend ist das Jahr 1967 als relativer Hochpunkt der Arbeitslosigkeit bei allen 4 Gruppen. Die höchste Arbeitslosenquote besteht bei den männlichen Arbeitern, gefolgt von den Arbeiterinnen und den männlichen Angestellten, die niedrigste weisen die weiblichen Angestellten auf. Dies ist bis 1969 zu beobachten, in den Jahren bis 1972 ist bei allen Gruppen eine äußerst niedrige Quote zu sehen, die höchste bei den Arbeiterinnen.
Ab 1973 ist, vor allem bei den beiden Arbeitergruppen,

ein steiler Anstieg der Arbeitslosigkeit vorhanden, bei den Angestellten findet dieser Anstieg mit einer zeitlichen Verschiebung von etwa 1 bis 2 Jahren statt, und ist auch dann nicht so stark ausgeprägt wie bei den Arbeitern. Bei den beiden Männergruppen geht die Arbeitslosigkeit nach 1976 wieder deutlich zurück, bei den Frauen liegt die Arbeitslosigkeit ab diesem Zeitpunkt deutlich höher als bei den Männern. So hatten in den letzten Jahren die Arbeiterinnen die höchste Quote, gefolgt von den weiblichen Angestellten, dann in einigem Abstand die Arbeiter, und verhältnismäßig schwach betroffen sind die männlichen Angestellten.
Zudem liegt ab 1974 die Arbeitslosigkeit insgesamt deutlich höher als in allen vorhergehenden Jahren.
Es ist also unschwer zu erkennen, daß vor allem die Frauen, sowohl Arbeiterinnen als auch Angestellte, von der insgesamt erhöhten Arbeitslosigkeit in ganz besonderem Ausmaß betroffen sind.
Zu erwähnen sind noch die Jahre 1973 und 1974, in denen bei den EU-Quoten erstmals ein deutliches Auseinanderweichen der Werte für Arbeiter und Angestellte beobachtet wurde. Die Arbeitslosenquoten dieser Jahre zeigen einen rapiden Anstieg, und zwar ganz besonders für die beiden Arbeitergruppen, so daß doch ein gewisser Zusammenhang zwischen Frühinvalidität und Arbeitslosigkeit angenommen werden kann. Die Arbeitslosenzahlen der Angestellten steigen dann mit Verzögerung in den folgenden Jahren an.
Weitere Angaben und Daten zur Arbeitslosigkeit wurden erstellt, die alle übereinstimmend eine Zunahme der Arbeitslosen erkennen lassen (47, 48, 49, 50).
Einen möglichen Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Einschränkung, also Ursache für eine EU bzw. BU, und der Arbeitslosigkeit zeigt eine Erhebung der Bundesanstalt für Arbeit (48):
Danach waren zwischen 1978 und 1980 bei über 70 % der arbeitslosen Frauen und bei etwa 60 % der arbeitslosen Männer keine gesundheitlichen Einschränkungen festgestellt

worden. Damit wäre jedoch anzunehmen, daß man die EU-Berentung nicht ohne weiteres mit der Arbeitslosigkeit in Verbindung zu bringen vermag.
Auch darf man nicht erwarten, daß eine Veränderung in der Beschäftigungslage zwangsläufig eine dazu parallele Verschiebung der Berentungszahlen mit sich bringen wird. Jedoch ist eine gewisse Abhängigkeit dieser beiden Faktoren voneinander nicht von der Hand zu weisen.

Die Entwicklung der Beschäftigungslage zeigt folgendes: Der Anteil der Angestellten unter den Erwerbstätigen stieg von etwa 30 % im Jahre 1961 auf 40 % im Jahre 1978 an, d. h. eine relative Abnahme der Arbeiter. Die Anzahl der Erwerbstätigen insgesamt nahm seit 1973 konstant ab.
An der Zunahme der Angestellten sind in besonderem Maße die Frauen beteiligt, was folgendes Diagramm zeigt:

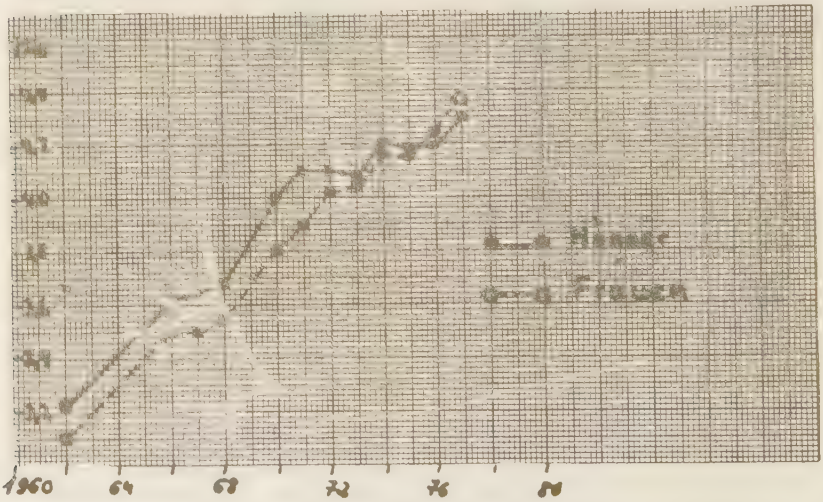

Diagramm 7: Die Beschäftigungslage bei den Angestellten.

Man sieht deutlich die nahezu konstante Zunahme der Anzahl der Angestellten. Bis 1973 liegt die Anzahl der angestellten Frauen noch deutlich unter derjenigen der Männer, in den folgenden Jahren herrscht in etwa ein Gleichgewicht,

und ab 1977 gibt es erstmals mehr Frauen als Männer unter den Angestellten.
Allerdings muß es in den Jahren nach 1974 dann im Vergleich zu den Männern übermäßig viele arbeitslose weibliche Angestellte gegeben haben, da erstens die Absolutzahlen der männlichen und weiblichen Angestellten (Diagramm 7) stark zunahmen und zweitens (aus Diagramm 6 ersichtlich) die Arbeitslosenquote (besonders bei den weiblichen Angestellten) ebenfalls einen steilen Anstieg zeigte.

Als ein weiterer Indikator der wirtschaftlichen Lage in den hier beobachteten Jahren sei die Preisentwicklung für Normalbenzin aufgeführt, die im Diagramm 8 dargestellt ist:

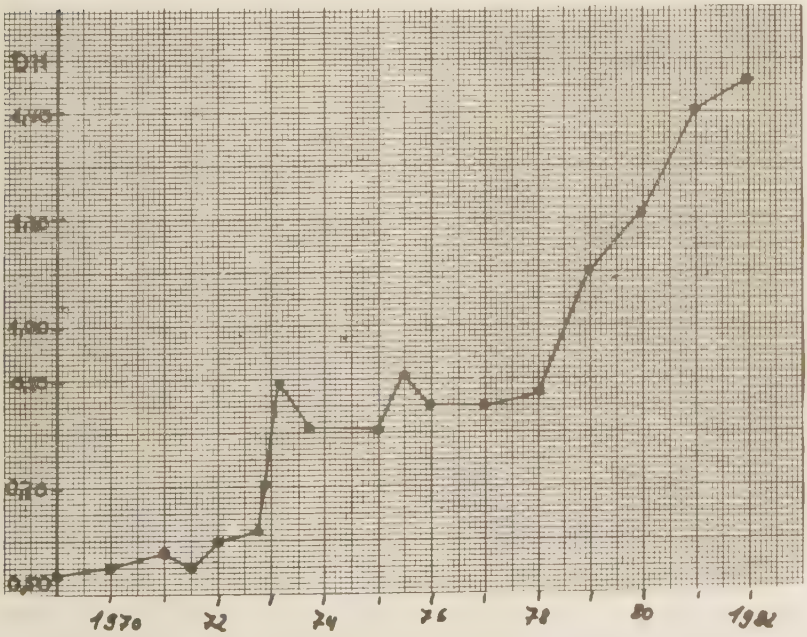

Diagramm 8: Preisentwicklung für Normalbenzin.

Die Preise pro Liter Normalbenzin zeigten ab 1973 einen rapiden Anstieg; in diesem Jahr war die sogenannte "Ölkrise", die eine schwere wirtschaftliche Belastung darstellte. Zwischen 1973 und 1978 blieben die Preise in etwa auf demselben Niveau, und seit 1978 ist wieder ein steiler Anstieg zu sehen.
Wiederum zeigt das Jahr 1973 einen besonderen Einschnitt. Dieses Jahr wurde auch von anderen Autoren als "Krisenjahr" bezeichnet (6, 8).
Und auch im Rahmen dieser Arbeit fielen die Jahre 1973/74 durch Verschiebungen der Berentungsquoten der einzelnen Zielgruppen untereinander, durch Zunahme der Arbeitslosigkeit und durch Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage auf. Somit kann ein gewisser Einfluß der Konjunktur auf das Berentungsverhalten doch bestätigt werden.

6.) Diskussion

Die Untersuchung hat ein in allen Jahren gleichartig wiederkehrendes, unterschiedliches Verhalten der 4 Gruppen von Beschäftigten ergeben. Die Frage nach den Ursachen dieser Unterschiede ist nicht leicht zu beantworten und würde auch den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Sicher ist jedenfalls, daß statistisch ein deutliches Gefälle in dem Grad der Frühberentung, besonders in den mittleren Altersschichten von männlichen Arbeitern und Arbeiterinnen zu weiblichen und männlichen Angestellten, besteht. Die Zahl der verschiedensten Faktoren, die nicht nur auf die 4 in keiner Weise homogenen Gruppen einwirken, sondern auch die verschiedenen biologischen Voraussetzungen und Umwelteinflüsse, welche die Einzelschicksale bestimmen, ist unübersehbar und so vielfältig wie das Leben selbst. Es geht hier nicht allein um spezifische Gefahren oder schädliche, allmählich wirkende Einflüsse der Berufsarbeit, um körperliche oder geistige Überforderung durch Berufsarbeit und Haushalt mit dadurch oft bedingtem Zeitdruck oder um die mehr oder weniger stark ausgeprägte Leistungsfähigkeit des Einzelnen oder der ganzen Gruppe, sondern auch u. a. um das Verhältnis zur näheren oder weiteren Umwelt (psychologisches Klima), die bei jedem einzelnen Mitglied der Gruppe die Motivation bzw. den Leistungswillen maßgeblich beeinflussen. Die spezielle Situation der Frau, durch Familie und Beruf mit einer doppelten Aufgabe belastet zu sein, scheint aber nach all den vorgenannten Ausführungen doch nicht so unproblematisch zu sein, wie heutzutage weitläufig angenommen wird. Zwar erfuhr die Hausarbeit durch zunehmende Technisierung eine große Erleichterung, so daß der dafür notwendige Zeitaufwand immer geringer wurde. Auch für die zu versorgenden Kinder stehen in immer größerem Umfang Kindertagesstätten zur Verfügung, und in manchen Familien teilen sich Mann und Frau die Aufgaben in Haushalt und Kindererziehung, was bis jetzt

allerdings noch die Ausnahme darstellt. Und so lastet der Großteil der Arbeit in Haushalt und Kindererziehung weiterhin auf der Frau. Wenn dann noch die Belastungen durch einen Beruf hinzukommen, der, gleich aus welchen Motiven auch immer, ausgeübt wird, bedeutet dies dann sehr oft eine Überforderung. In diesem Falle stellt sich die Frage einer eventuellen Aufgabe der Berufstätigkeit, sofern dies die finanzielle Situation zuläßt, im andern Falle verstärkt sich die Belastung, es kommt zu einem allmählichen, vorzeitigen Motivationsverlust, der dann früher oder später in einer vorzeitigen Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit enden kann.
Oder aber es tritt der Fall ein, daß Kinder und Haushalt zugunsten des Berufs stark vernachlässigt werden, was auf keinen Fall erstrebenswert ist.
Durch das Gesetz sind die Frauen zwar vor schweren körperlichen oder gefährlichen Arbeiten geschützt, nicht aber vor monotonen, unbefriedigenden, und dadurch nicht weniger ungefährlichen Beschäftigungen, die sie in viel häufigeren Fällen als Männer auszuüben haben.
Ein Grund dafür liegt in der auch heute noch meist viel schlechteren Berufsausbildung der Frau.
Dies ist sowohl bei den Arbeiterinnen als auch bei einem großen Teil der weiblichen Angestellten der Fall. Eine Ausnahme bilden die Akademikerinnen oder Frauen mit einer entsprechenden Ausbildung, die häufig in ihrem Beruf eine Lebensaufgabe sehen, ihm also denselben Stellenwert in ihrem Leben einräumen wie die Männer. Diese Situation bedeutet jedoch in den meisten Fällen Verzicht auf eine Familie und Kinder, da sich ein engagiertes Einsetzen im Beruf meist nur schlecht mit einer Familie vereinbaren läßt, und so findet man unter den sogenannten "Karrierefrauen" auch sehr viele Ledige.
Ideal für Frauen mit Familie wären Teilzeitarbeitsstellen, die jedoch infolge der sich verschlechternden wirtschaftlichen Lage in zunehmendem Ausmaß gestrichen wurden, so daß dies für viele Frauen Arbeitslosigkeit oder aber

Erwerbsunfähigkeit bedeutete. Das war aber auch in normalen Zeiten ein schwieriges organisatorisches Problem.
Große Unterschiede zwischen Arbeiterinnen und Angestellten bezüglich gesundheitlicher Situation, sozialem Status und Kinderzahl sind heutzutage nicht mehr festzustellen. Die Löhne der Arbeiterinnen liegen jedoch durchschnittlich niedriger als die der weiblichen Angestellten, und Frauen werden insgesamt schlechter bezahlt als Männer.

Die Unterschiede in der Frühinvalidität der Arbeiterinnen und Arbeiter lassen sich folgendermaßen erklären:
Erstens sind vor allem männliche Arbeiter sehr häufig in Berufen zu finden, die mit schwerer körperlicher Belastung und Gefährdung der Gesundheit einhergehen, so daß dadurch irreversible Schädigungen und damit eine vorzeitige Berentung verursacht werden. Schädliche Folgen eines wenig gehemmten Freizeitverhaltens, Alkohol, Nikotin und andere Exzesse spielen sicherlich eine große Rolle und stehen oft in umgekehrter Proportion zum Bildungsgrad des Einzelnen. Frauen sind vor Arbeiten der obengenannten Art gesetzlich geschützt.
Beispielsweise spielt wohl der beim Baugewerbe übliche, vermehrte Biergenuß (hier meist Hilfsarbeiter), also konstanter Alkoholabusus, in vielen Fällen zu irreversiblen Leberschädigungen, die früher oder später eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen.
Drittens findet man vor allem bei jungen Männern, und hier wiederum in besonderem Maße bei den Arbeitern, eine sehr hohe Rate an Verkehrsunfällen, durch Unvorsichtigkeit und Leichtsinn verursacht, die in vielen Fällen schwere Verletzungen mit bleibenden Schäden hervorrufen.
Bei Frauen sind Gesundheitsschäden dieser Art statistisch viel seltener.
Dadurch sind wohl die Unterschiede in der Frühinvalidität zwischen den beiden Arbeitergruppen weitgehend klar geworden.

Dieselbe Erklärung läßt sich auch für die beträchtlichen Unterschiede im Berentungsverhalten von Arbeitern und männlichen Angestellten finden.
Die Unterschiede innerhalb der beiden Angestelltengruppen (männlich und weiblich) sind wesentlich schwieriger zu erklären, da hier die Frauen ständig eine höhere Frühinvalidität aufweisen, obwohl die berufliche Belastung von Männern und Frauen in diesen Berufen weitgehend dieselbe ist.
Folgende Erklärungsmöglichkeiten wären denkbar:
Die männlichen Angestellten sind durch eine berufliche Ausgefülltheit, bessere Aufstiegschancen, durch die nicht zu unterschätzende finanzielle Notwendigkeit und die Verantwortung für die Familie in größerem Maße motiviert, ihren Beruf möglichst lange und ohne Unterbrechung auszuüben als die Frauen, zeigen also durchweg eine geringere Bereitschaft, sich vorzeitig berenten zu lassen.
Innerhalb der weiblichen Angestellten muß man zwei Gruppen bilden: die eine besteht aus Frauen, die ihren Beruf als Lebensaufgabe sehen oder aus finanzieller Notwendigkeit, z. B. Alleinstehende mit Kindern, arbeiten. Die andere Gruppe umfaßt, vergleichbar den Arbeiterinnen, Frauen, die ihren Beruf nur als Übergangslösung bis zu einer späteren Heirat betrachten und danach entweder die Berufstätigkeit ganz beenden oder nur so lange arbeiten, bis Kinder zu versorgen sind. In dieser zweiten Gruppe ist wohl die Bereitschaft zu einer vorzeitigen Berentung wesentlich höher als in der ersten oder bei den Männern.
Diese individuelle Bereitschaft zur Krankheit und damit zur vorzeitigen Berentung spielt wohl überhaupt eine wesentliche Rolle, um hier noch Stephanie Münke, "Vorzeitige Berentung" (21) zu zitieren:
"Als einer der wichtigsten Gesichtspunkte für das Verständnis des Rentners und der persönlichen Bestimmungsgründe seiner vorzeitigen Invalidität hat sich seine

Einstellung zur Berufs- und Erwerbstätigkeit herausgestellt. Menschen, die zu ihrem Beruf eine positive Einstellung haben, geben ihn nur ungern auf. Eine weitere Gruppe von Menschen betrachtet ihren Beruf in erster Linie als Erwerbsquelle. Die dritte Gruppe arbeitet nur unter den zwingenden äußeren Verhältnissen und ist gekennzeichnet durch häufigen Wechsel und durch zahlreiche Unterbrechung der Arbeit."

Zum andern ließe sich die erhöhte Frühinvalidität der weiblichen Angestellten gegenüber den Männern doch zu einem gewissen Grad durch die doppelte Belastung in Haushalt und Beruf erklären.
Die Unterschiede der Berentungsquoten der beiden Frauengruppen ist wohl auf ähnliche Faktoren zurückzuführen. Die Arbeiterin sieht in ihrem oft monotonen, körperlich und geistig ermüdenden Beruf sicher weniger Sinn und Erfüllung als z. B. eine Angestellte mit einer interessanten, selbständigen Arbeit, die vielleicht nicht weniger anstrengend, aber erfüllender ist.
Zweitens scheinen die Arbeiterinnen im allgemeinen doch noch mehr im Haushalt beansprucht zu sein als die weiblichen Angestellten, und somit auch eine größere körperliche Belastung zu haben.
Einen nicht zu unterschätzenden Einfluß auf das Berentungsverhalten scheint auch die seit 1973 stark ansteigende Arbeitslosigkeit zu spielen, die hauptsächlich die Arbeiter und die Frauen (wohl teilweise infolge vermehrter Streichung von Teilzeitarbeitsplätzen) betrifft. Etwa zu diesem Zeitpunkt ist auch eine Tendenz zur Erhöhung der EU-Quoten der betroffenen Gruppen festzustellen.
So gab es für viele wohl die Alternative, entweder arbeitslos zu werden, nach einer neuen Stelle zu suchen oder aber zu versuchen, wegen bestehender körperlicher Schäden erwerbsunfähig geschrieben zu werden und eine Rente zu kassieren.
Dazu ist nun natürlich wieder die Bereitschaft nötig, sich berenten zu lassen, zum zweiten muß ein Arzt

gefunden werden, der die geklagten Beschwerden ernst nimmt und als ausreichend für eine Berentung erklärt. So sind es also einige subjektive, sozialpsychologische Faktoren, die die Höhe der Frühinvalidität beträchtlich zu beeinflussen vermögen.

7.) Zusammenfassung:

Die Entwicklung der Frühinvalidität insgesamt zeigt, vor allem in den einzelnen Altersgruppen, ein Ansteigen seit etwa 1973, und zwar stärker bei den Arbeitern beiderlei Geschlechts als bei den Angestellten.
Beim Vergleich der vier Zielgruppen männliche und weibliche Arbeiter und männliche und weibliche Angestellte zeigt sich gleichbleibend in allen beobachteten Jahren 1962 bis 1979, daß die männlichen Arbeiter die höchsten Berentungszahlen aufweisen, gefolgt von den Arbeiterinnen. Danach folgen die Zahlen der weiblichen Angestellten, und in weitem Abstand zeigen die männlichen Angestellten immer die niedrigste Frühinvalidität.
Als aussagekräftige Art der Darstellung der Frühinvalidität wurden die Erwerbsunfähigkeits-(EU-)Quoten, also das Verhältnis der wegen EU Berenteten zu den Versicherten der entsprechenden Alters-, Geschlechts- und Versicherungsgruppe verwendet.
In die Betrachtung gingen Personen zwischen 30 und 50 Jahren ein, wo die Unterschiede am deutlichsten sind.
Die Besonderheit der Berufstätigkeit der Frau besteht einerseits in einem gewissen gesetzlichen Schutz vor Schwerarbeit und vor daraus resultierenden körperlichen Schäden, andererseits in einer doppelten Aufgabe durch Familie und Beruf, was zu Überlastungen führen kann. Zudem üben die meisten Frauen ihren Beruf nicht kontinuierlich aus, sondern unterbrechen ihn, wenn Kinder da sind, um dann später wieder in das Berufsleben zurückzukehren.
Auch heute noch weisen ferner die meisten Frauen eine schlechtere Schul- und Berufsbildung als die Männer auf und werden daher wesentlich schlechter bezahlt als diese.

Um die Unterschiede im Berentungsverhalten der einzelnen Zielgruppen erklären zu können, wurden folgende Faktoren genauer betrachtet:

1.) Vorherrschende Berufszweige bei den Arbeiterinnen sind in der verarbeitenden Industrie zu finden (Fließband-, Akkordarbeit, Reinigungsarbeiten, Transport). Typische Berufsrisiken sind Erkrankungen an Schizophrenie und Tumoren aller Arten, hervorgerufen durch körperliche und geistige Dauerbeanspruchung und Ermüdung wegen Monotonie der Arbeit. Die bei den Arbeiterinnen im Vergleich zu den weiblichen Angestellten überwiegenden als Rentengründe festgehaltenen Krankheiten sind meist nicht durch die Berufsarbeit verursacht, sondern dadurch bedingt, daß entsprechend veranlagte Menschen (z. B. Schizophrenie) unbewußt bestimmte Berufe ergreifen.
Die weiblichen Angestellten sind vor allem in Handel (ständiges Stehen), Organisation (Konzentration) und Sozialbereich (Nachtdienste) zu finden und sind neben der körperlichen vorwiegend der geistigen Ermüdung und psychischem Streß ausgesetzt. Die männlichen Arbeiter sind vor allem durch Schwerarbeit gefährdet, das Berufsrisiko der männlichen Angestellten ist in etwa dem der weiblichen Angestellten vergleichbar und somit gering.

2.) Untersuchungen zum Krankheitsspektrum der Gruppen ergaben bei den Frauen in etwa dieselben Beobachtungen: Sehr häufig Schizophrenie, bei den Arbeiterinnen etwas häufiger, dann Tumoren von Haut, Brust und Geschlechtsorganen. Bei den sehr jungen weiblichen Angestellten ist ein hoher Prozentsatz an Multipler Sklerose zu beobachten.
Bei den Männern sind vor allem Verletzungen und Erkrankungen der inneren Organe, z. B. Leberzirrhose durch Alkoholabusus, insbesondere bei Bauarbeitern, erwähnenswert, die wohl für die hohe Frühinvalidität der Arbeiter verantwortlich sein dürften. Daneben findet man recht häufig die Diagnose ischämische Herzerkrankung, eine für Männer typische Krankheit.

3.) Als weitere Einflußgröße sei die wirtschaftliche Lage zu nennen, insbesondere die Arbeitslosigkeit, die bei allen vier Gruppen ab etwa 1973 steil anstieg, bei den Arbeitern in stärkerem Maße als bei den Angestellten, und auch die Frauen waren stärker als die Männer davon betroffen.
Erwähnenswert ist auch eine in den letzten Jahren stete Zunahme des Verhältnisses von Angestellten zu Arbeitern, und vor allem waren die weiblichen Angestellten sehr stark daran beteiligt.

Die Benzinpreise der Jahre 1969 bis 1982 als Indikator der wirtschaftlichen Situation zeigen um 1973/74 einen sprunghaften Anstieg, der weiterhin anhält. Die Jahre 1973/74 sind als "Krisenjahre" durch die damalige Ölkrise gekennzeichnet, die der deutschen Wirtschaft einen schweren Schlag versetzte, und als deutlicher Einschnitt auf den Diagrammen der Frühinvalidität, der Arbeitslosigkeit und der Preisentwicklung zu erkennen sind.

Demographische Verschiebungen spielen bei der Betrachtung der Frühinvalidität durch die gewählte Art der Darstellung der Diagramme keine Rolle.
Einen großen Einfluß auf die Frühinvalidität hat die individuelle Bereitschaft, sich vorzeitig berenten zu lassen, die in starkem Ausmaß durch Unzufriedenheit und Unausgefülltheit im Beruf, wie sie oft bei monotonen Arbeiten beobachtet wird, gesteigert wird, und einen guten Teil zu den beobachteten Unterschieden der Frühinvalidität der vier Zielgruppen beiträgt.

Es wurde ersichtlich, daß die Frühinvalidität durch eine Vielzahl objektiver und subjektiver Faktoren bestimmt wird, und nur unter Berücksichtigung aller dieser Faktoren zu betrachten und zu beurteilen ist.

8.) Literatur- und Statistikverzeichnis

1.)	BLOHMKE, Maria	Medizin im Wandel, Band 60 Gentner-Verlag, Stuttgart 1975
2.)	BLOHMKE, Maria und REIMER, Fritz	Krankheit und Beruf Angewandte Arbeitsmedizin in der ärztlichen Praxis Hüthig-Verlag, Heidelberg 1980
3.)	BLOHMKE, Maria und SCHÄFER, Fritz	Sozialmedizin Thieme-Verlag, Stuttgart 1972
4.)	BOSCHKE, Wolfram	Sozialökonomische Aspekte der Hypotonie Institut für Gesundheits- systemförderung Kiel, 1981
5.)	BRINKMANN, Christian et al.	Zur Beschäftigungslage der Angestellten in: Mitt. Arb. Markt- und Berufsforschung H.3, 1976, S. 302 - 315
6.)	BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT	Überlegungen II zu einer vorausschauenden Arbeits- marktpolitik Nürnberg 1979 (Stand Ende 1977)
7.)	CAVALLI-SFORZA, Luigi	Biometrie Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart 1969
8.)	CLAESSENS, KLÖNNE, TSCHOEPE	Die Sozialkunde der BRD Diederichs-Verlag, Düsseldorf/Köln 1978
9.)	DGB	Mitteilungsblatt der Ab- teilung Frauen im DGB- Bundesvorstand Frauen und Arbeit, Hefte 1978 - 1980
10.)	EHRECKE, K.H.	Begutachtung im Rahmen der gesetzlichen Renten- versicherung in: Der medizinische Sachverständige 77, N1, 1981, S.10 - 12
11.)	ELLWANGER, E.	Sozialmedizinische Aspek- te des Streß Therapiewoche 31, 18 - 24 Karlsruhe 1981

12.) GERCKE, L.D.: Trendentwicklungen bestimmter Krankheitsgruppen und ihre gesundheitspolitisch-epidemiologische Bedeutung. Dissertation, Tübingen 1976

13.) GESELLSCHAFT für den Sozialen Fortschritt e.V.: Die berufstätige Frau heute und morgen Duncker und Humblot, Berlin 1966

14.) HOSCHEK, Rudolf: Die sogenannte Frühinvalidität im Lichte der Statistik (unveröffentlichter Vortrag) Stuttgart 1970

15.) HOSCHEK, Rudolf u. FRITZ, Wolfgang: Taschenbuch für den medizinischen Arbeitsschutz und die betriebsärztliche Praxis 4. Auflage Enke-Verlag 1978

16.) JUSATZ, H.-J.: Hauptursachen der sogenannten Frühinvalidität Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1963, Nr. 4, S. 177 ff.

17.) KRELL, Ulrich: Arbeitswissenschaftliche Beurteilung von Schicht- und Nachtarbeit Zbl. Arbeitsmedizin, Bd. 30 (1980), S. 148 - 159

18.) KULPE, W.: Nimmt die Frühinvalidität wirklich zu? Landesversicherungsanstalt Württemberg Mitteilungen März 1970 62. Jahrgang Nr. 3

19.) MENZEL, W.: Menschliche Tag- und Nachtrhythmen und Schichtarbeit Basel/Stuttgart 1962

20.) MÖRSCHEL, Richard, REHFELD, Uwe, NIDDERAU-OSTHEIM: Untersuchungen der Rentenzugänge im Zeitablauf Dt. Rentenversicherung

4/81, Würzburg 1981

21.) MUMMENTHALER, Marco: Neurologie
Thieme-Verlag, Stuttgart 1979

22.) MÜNKE, Stephanie: Untersuchungen zu den Ursachen der vorzeitigen Invalidität
B.Ar.Bl.9/1964, S 281 - 290

23.) MÜNKE, Stephanie: Vorzeitige Invalidität, Untersuchungen ihrer Gründe und ihrer Folgen für die Lebenslage der Rentner
Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1964

24.) N.N.: Zur Entwicklung des Arbeitsmarktes für Angestellte in der BRD
in: Amtl. Nachrichten, Bundesanstalt für Arbeit, Nr. 4/1980, S. 504 - 505

25.) PFEIL, Elisabeth: Die Berufstätigkeit von Müttern
Verlag Mohr (Siebeck), Tübingen 1961

26.) PRESSE- UND INFORMATIONSAMT der Bundesregierung:
Die Frau in Beruf und Gesellschaft
Bonner Universitäts-Buchdruckerei
Verlag Dr. Heger, Godesberg 1966

27.) RUTENFRANZ, J. et al.: Nervöse Belastung bei industrieller Arbeit unter Zeitdruck
Deutscher Verlag, Köln und Opladen 1965

28.) SCHARF, Bodo: Frühinvalidität
WSI-Mitteilungen 10/1980

29.) SCHEWE, Dieter: Die Bedeutung der vorzeitigen Invalidität
BArbBl. 1959, S. 728 - 737

30.) SCHEWE, Dieter u. ZÖLLNER, Detlev: Die vorzeitige Invalidität in der sozialen Rentenversicherung; Umfang, Entwicklung und

	Bestimmungsgründe Verlag Duncker und Humblot, Berlin 1957
31.) SCHICKE, R.:	Soziale Sicherung und Gesundheitswesen Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, Berling, Köln. Mainz 1978
32.) SCHMIDT, Rudolf M.:	Multiple Sklerose Gustav-Fischer-Verlag, Jena 1979
33.) SCHULTE, W. und TÖLLE, R.:	Psychiatrie Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1979
34.) SCHWARZE, F.:	Altersgrenze, vorzeitige Berufs- und Erwerbsunfähigkeit und Lebenserwartung aus sozialmedizinischer Sicht in: Deutsche Rentenversicherung, Wirtschaftsdienstverlag, Frankfurt/M., 1970, S. 239 - 261
35.) SNESHNEWSKI, A.W.:	Schizophrenie Georg-Thieme-Verlag, Leipzig 1977
36.) SPENGLER, F.:	Das Problem der Frühinvalidität in: Med. Sachverst. 63 (1967), S. 141 - 146
37.) SPIEGEL, der:	Ausgabe vom 14. September 1981, Nr. 38 Artikel "Frühinvalidität"
38.) VALENTIN, H.:	Arbeitsmedizin Thieme-Verlag, Stuttgart 1979
39.) VORZEITIGE INVALIDITÄT,	bearbeitet von der Forschungsstelle der Friedrich-Ebert-Stiftung hergest. vom Rationalisierungskuratorium der Deutschen Wirtschaft e.V. Verlag für Literatur u. Zeitgeschehen Hannover 1961

40.) WALDMANN, H.: Eine Untersuchung über Umfang und Entwicklung der Invalidität in den letzten Jahren Deutsche Rentenversicherung 1967, S. 125 - 132, 1968, S. 9 - 19

41.) WEBER, H.J.: Frühberentung und Tod im Erwerbsleben Hamburg, Dissertation September 1967

42.) WEICHARDT, Heinz u. UHLMANN, W.-J.: Die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge für den arbeitenden Menschen in der Gesellschaft unserer Zeit Schriftenreihe Arbeitsmedizin Gentner-Verlag, Stuttgart 1968

43.) WOHLRABE, H.-M.: Aspekte des Schichtarbeitsproblems Zbl. Arbeitsmedizin 31 1980, 7 S. 293 - 295

44.) ZÖLLNER, Dieter: Neuere Untersuchungsergebnisse über Entwicklung und Ursachen der vorzeitigen Invalidität BArbBl. 1959, S. 723 - 728

45.) ZWARZLIK, Johannes: Arbeitszeitordnung Verlagsgem. Recht und Wirtschaft Heidelberg 1967

46.) Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, Verband deutscher Rentenversicherungsträger Frankfurt

der Jahre:

1954 =	Band 3	1965 =	Band 23
1955 =	" 4	1966 =	" 25
1956 =	" 5	1967 =	" 27
1957 =	" 6	1968 =	" 29
1958 =	" 9	1969 =	" 31
1959 =	" 11	1970 =	" 33
1960 =	" 14	1971 =	" 36
1961 =	" 15	1972 =	" 39
1962 =	" 17	1973 =	" 42
1963 =	" 19	1974 =	" 44
1964 =	" 21	1975 =	" 46

1976 = Band 48
1977 = " 50
1978 = " 52
1979 = " 54

47.) Statistische Jahrbücher der Bundesrepublik der Jahre 1960 bis 1979

48.) Bundesanstalt für Arbeit:
Arbeitslose im Bundesgebiet nach gesundheitlichen Einschränkungen und Dauer der Arbeitslosigkeit
In: Amtl. Nachr., Bundesamt f. Arbeit, 1981, H. 2, 29 Übersicht I/58 und I/59, September 1980

49.) Bundesanstalt für Arbeit:
Arbeitslose und Arbeitslosenquote am Monatsende und im Jahresdurchschnitt von 1950 bis 1980
aus: Statist. Taschenbuch d. Bundesanstalt f. Arbeit Jahrgänge 1974 - 80, Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg

50.) Auszug aus
"Der Arbeitsmarkt in Baden-Württemberg.
- Strukturanalyse"
Heraus: LAA Bad.-Württ.
Stuttg. Jgg. 1975 - 1981, Stuttgart
(nicht veröff. Zusammenstellung aus den jährlichen "Übersichten 10", Sonderuntersuchung über Arbeitslose)

51.) Statistisches Bundesamt: Mikrozensus
Zugangsquoten für BU- und EU-Renten
Arbeitslosenquoten
Stand 1980

52.) Der Versichertenbestand der gesetzlichen Rentenversicherung
Band 38 (1973) und Band 41 (1974)
Verband deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt

53.) Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung
Deutscher Bundestag 6. - 9. Wahlperiode, Drucksachen
Rentenanpassungsberichte
Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Bonn 1972 - 1981

Anhang: Diagramm 9 - 16

s. Legende im Text S.16 und 18

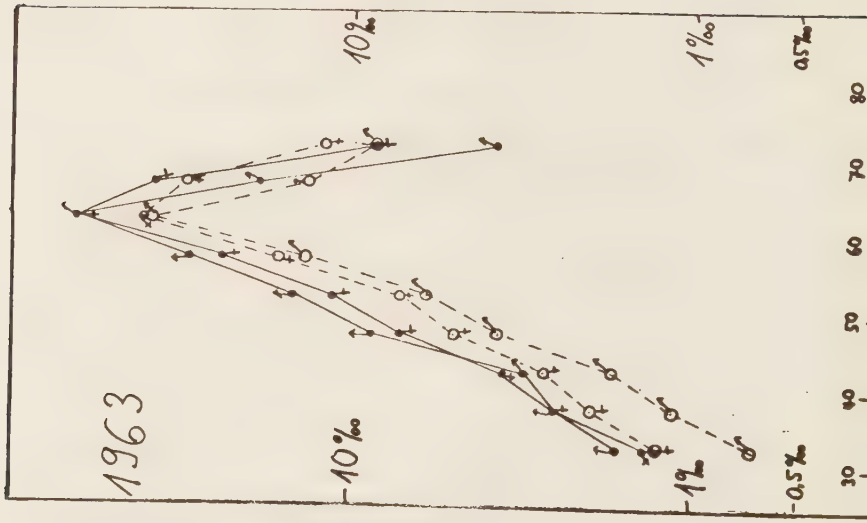

Diagramm 10: EU 1963/BU 1963

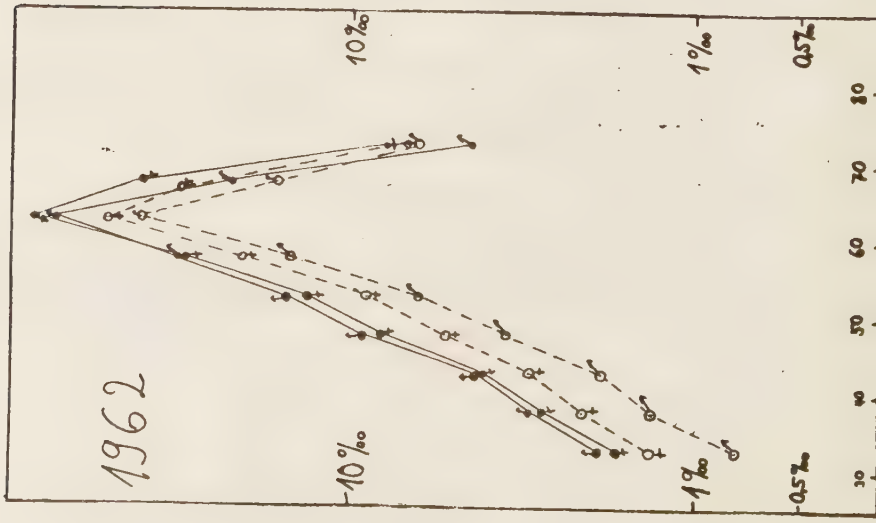

Diagramm 9: EU 1962 / BU 1962

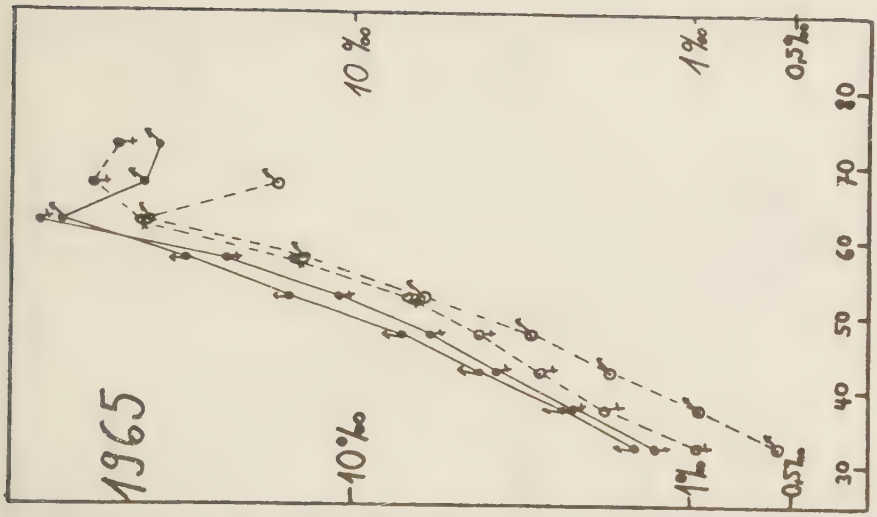

Diagramm 12: EU 1965 / BU 1965

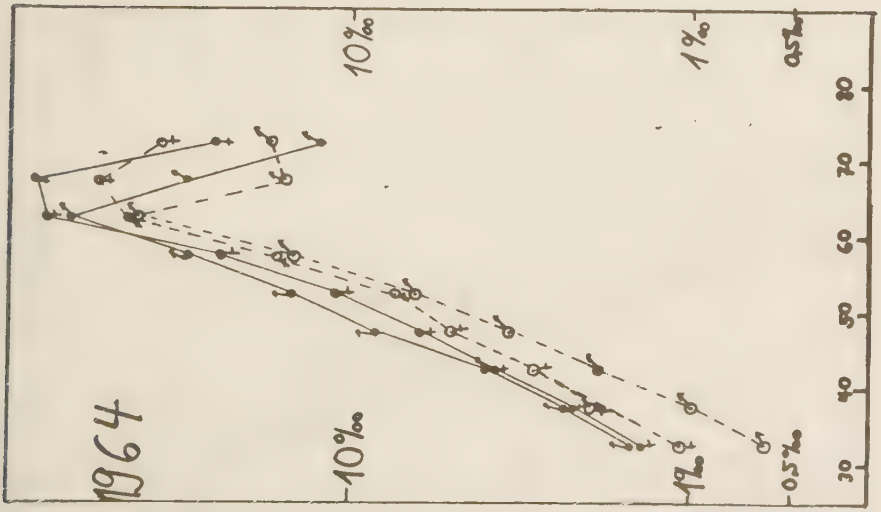

Diagramm 11: EU 1964 / BU 1964

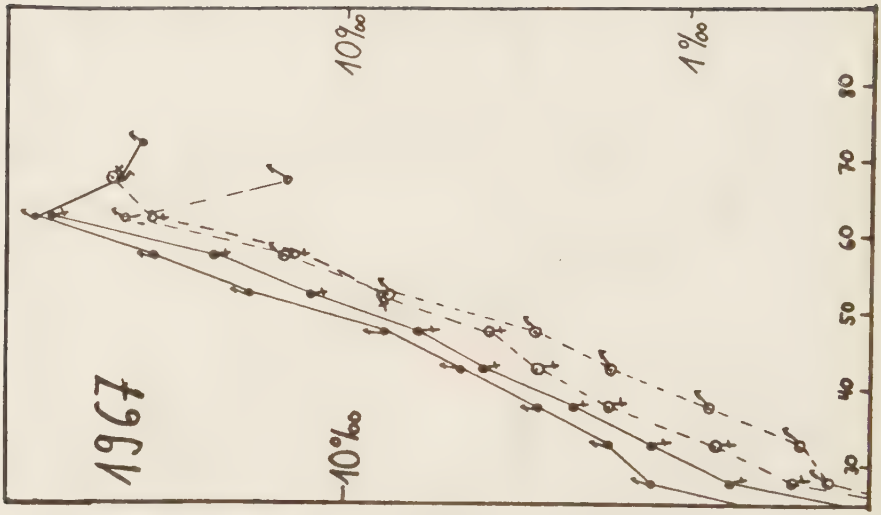

Diagramm 14: EU 1967 / BU 1967

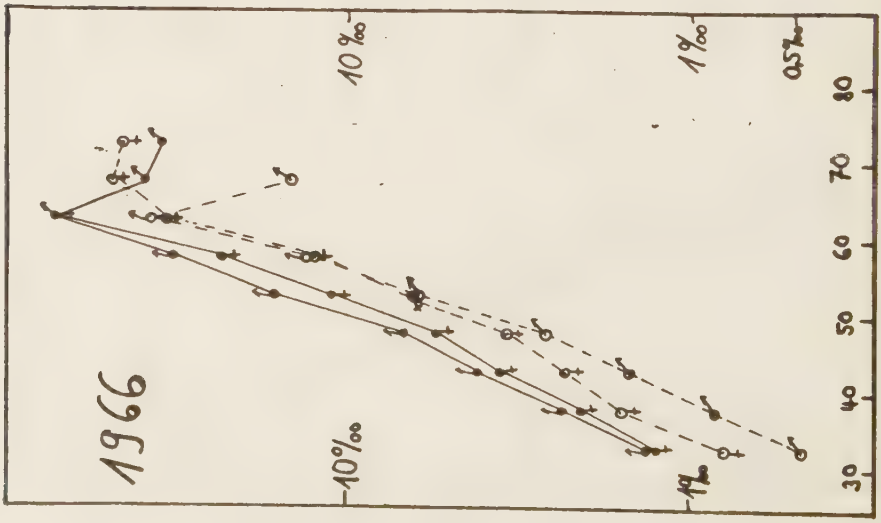

Diagramm 13: EU 1966 / BU 1966

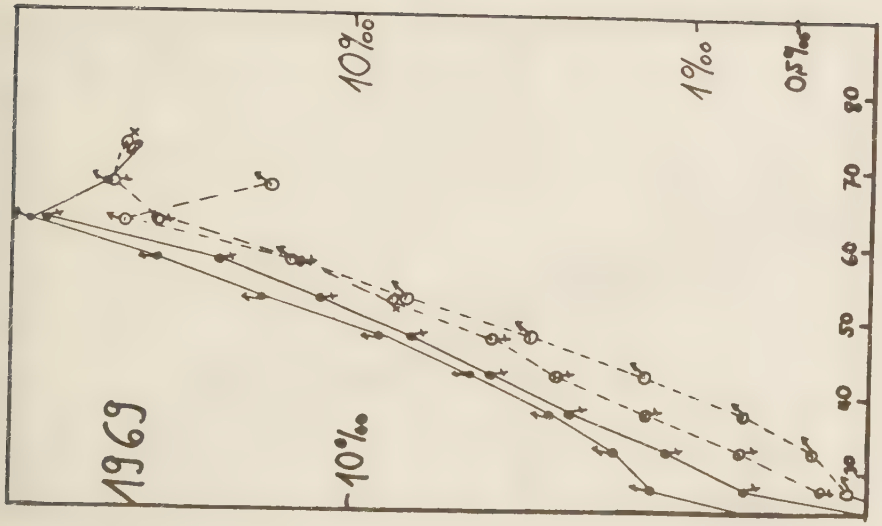

Diagramm 16: EU 1969 / BU 1969

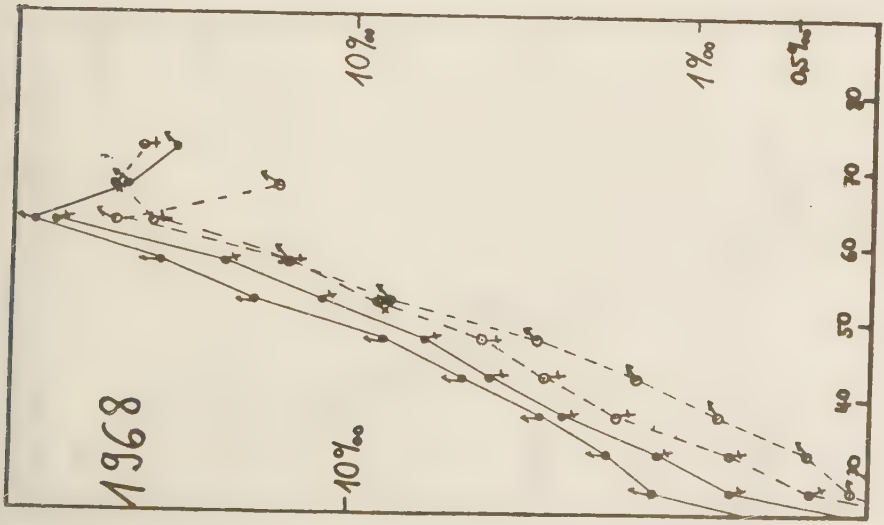

Diagramm 15: EU 1968 / BU 1968

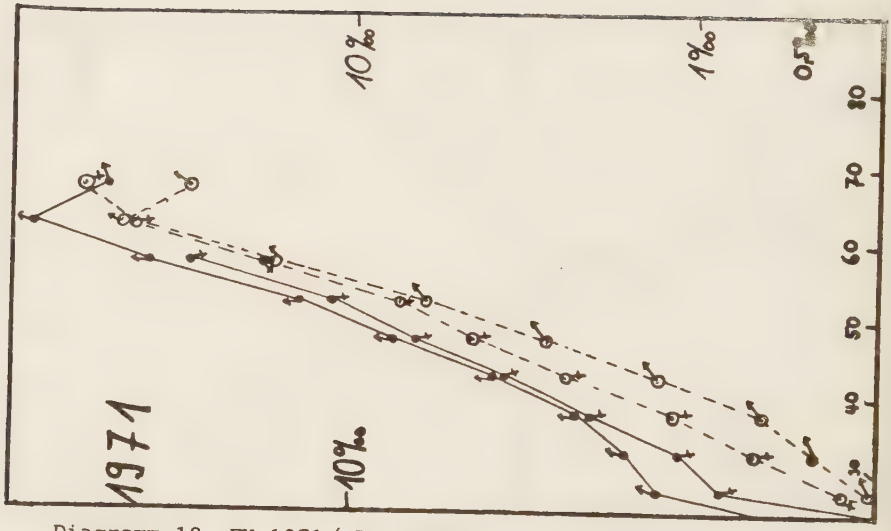

Diagramm 18: EU 1971/ BU 1971

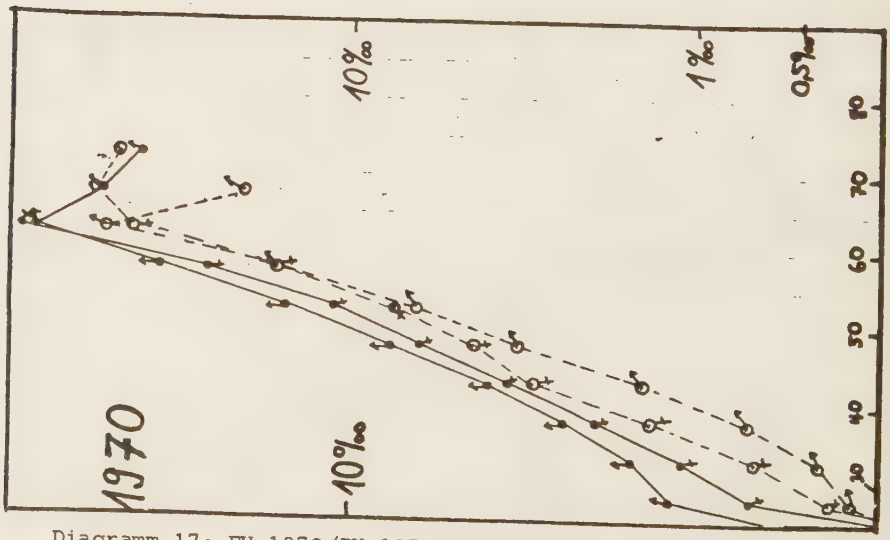

Diagramm 17: EU 1970/BU 1970

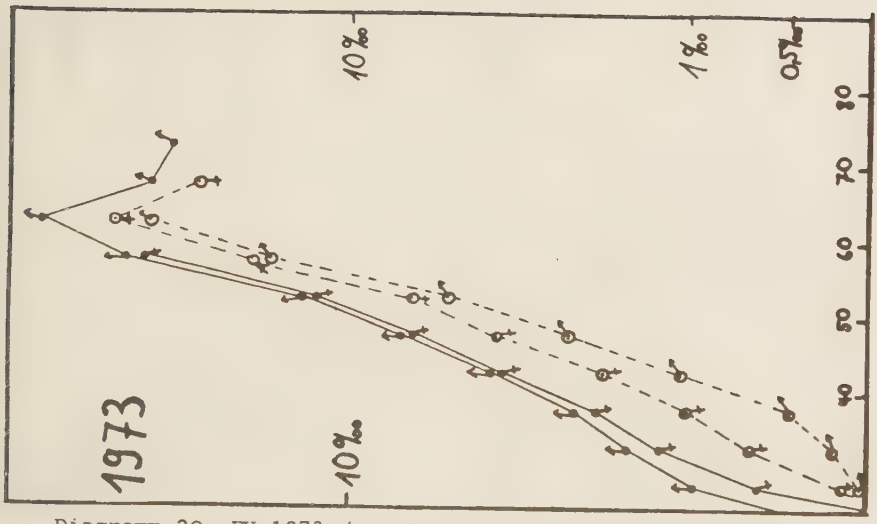

Diagramm 20: EU 1973 / BU 1973

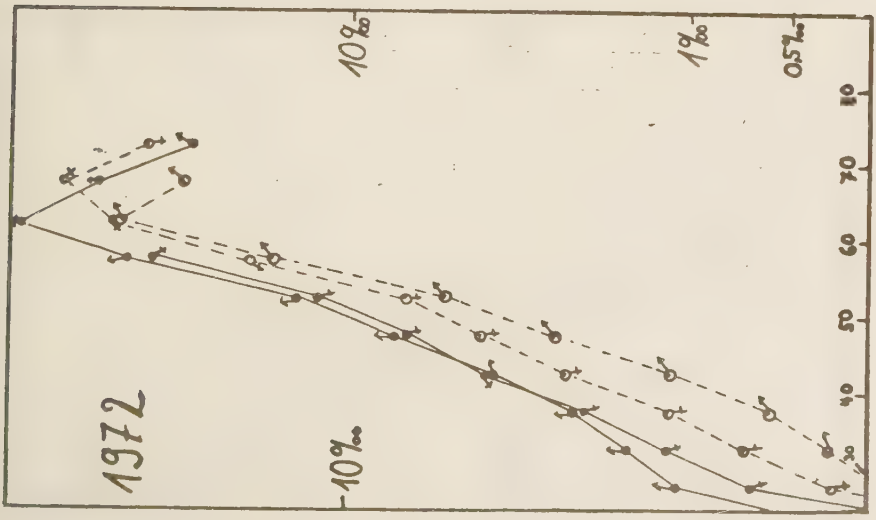

Diagramm 19: EU 1972 / BU 1972

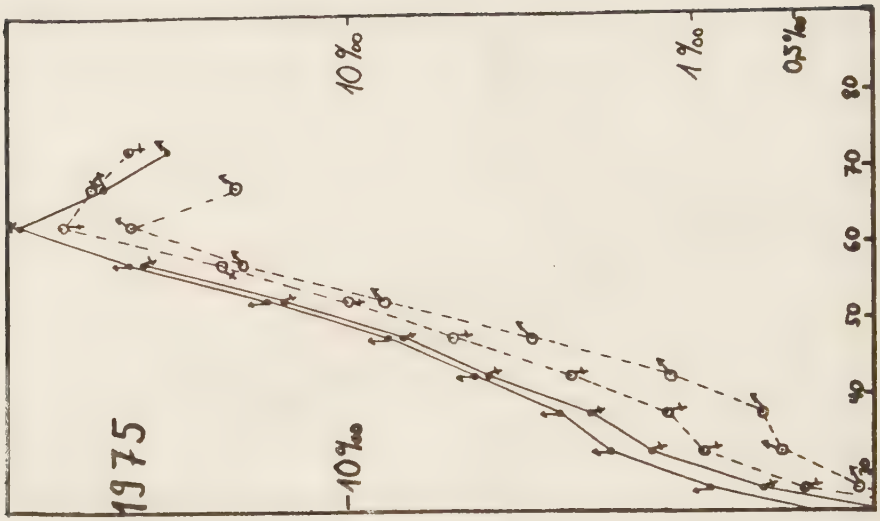

Diagramm 22: EU 1975 / BU 1975

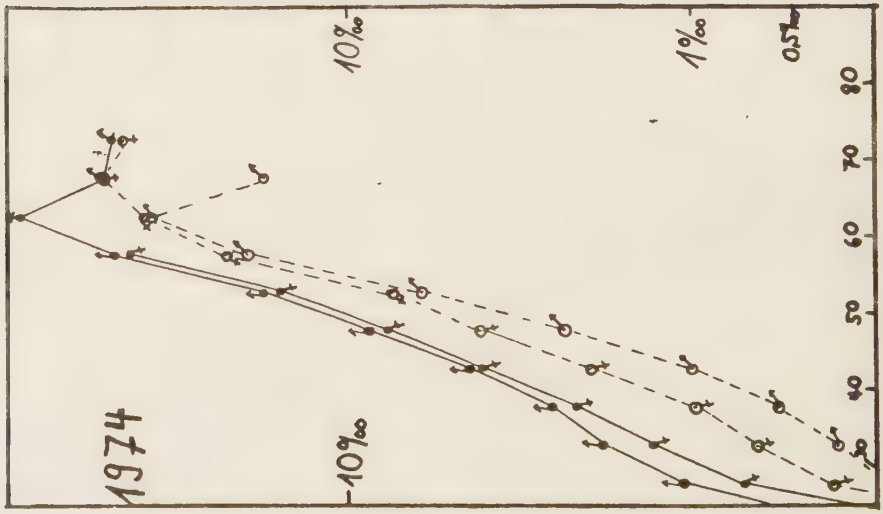

Diagramm 21: EU 1974 / BU 1974

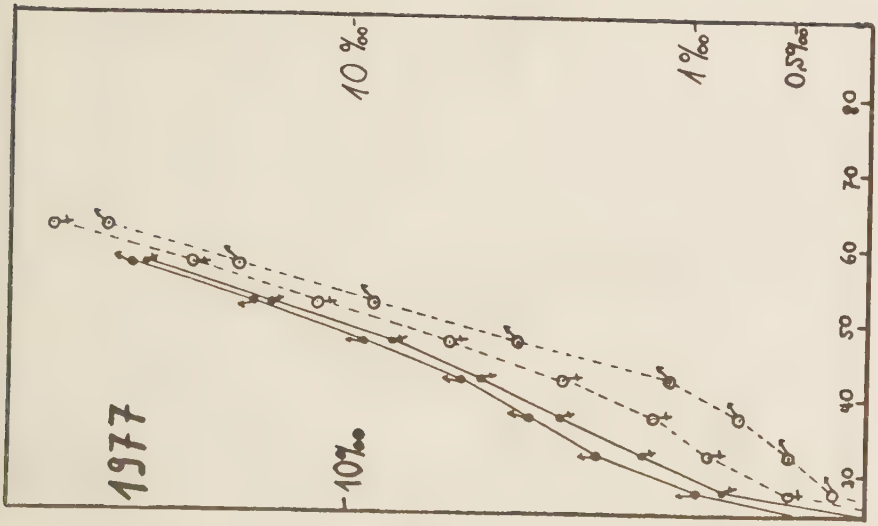

Diagramm 24: EU 1977 / BU 1977

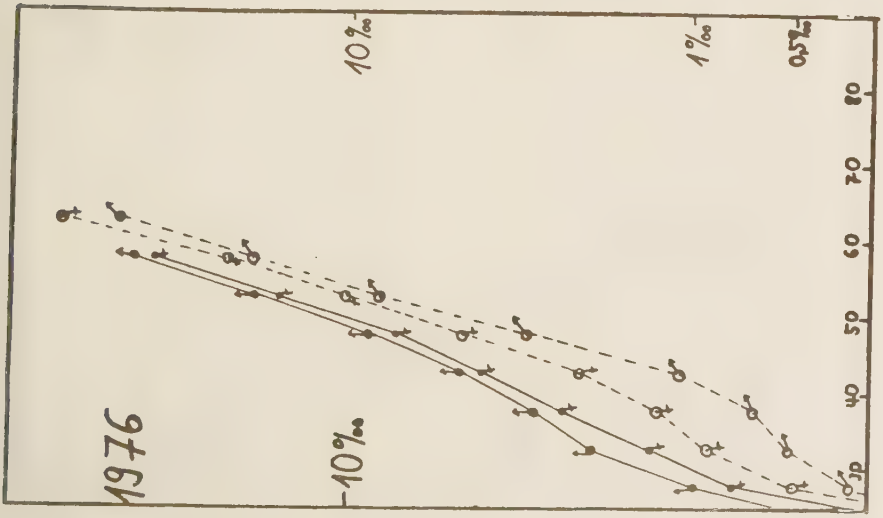

Diagramm 23: EU 1976 / BU 1976

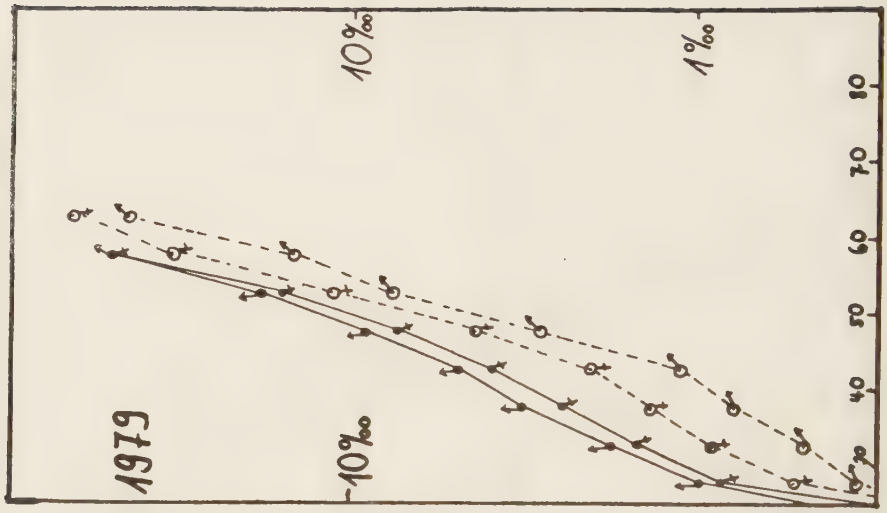

Diagramm 26: EU 1979 / BU 1979

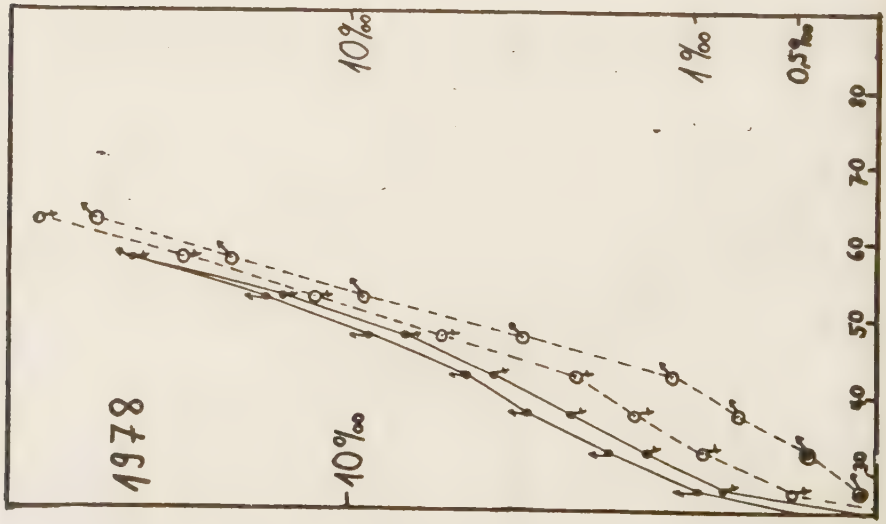

Diagramm 25: EU 1978 / BU 1978

Herrn Professor Dr. Weichardt und Herrn Professor Dr. Hoschek danke ich für die freundliche Überlassung des Themas und für die hilfreiche Unterstützung bei allen Schwierigkeiten, die bei der Erarbeitung des Themas auftraten.
Besonderen Dank möchte ich auch an die LVA in Stuttgart richten, insbesondere an Herrn Professor Dr. Ellwanger und Herrn Bibliothekar Gäbler, die mir bei der Beschaffung der Rentenstatistiken wertvolle Hilfe leisteten.
Ebenso gilt mein Dank dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger, von dem ich wichtiges Material zur Verfügung gestellt bekam.
Zum weiteren bedanke ich mich für die freundliche Mitarbeit des Instituts für Biometrie in Tübingen, insbesondere bei Herrn Professor Dr. Dietz und Herrn Dr. Wittkowski für wertvolle statistische Hinweise.

ABSTRACT

Birgit Gaiser

Statistische Untersuchungen zur Frage einer eventuell erhöhten Frühinvalidität bei Frauen durch Doppelbelastung in Beruf und Haushalt

Die bei den Angestellten zwischen 30 und 50 Jahren im Verlauf der Jahre 1962 bis 1979 beobachtete höhere Frühinvalidität der Frauen im Vergleich zu den Männern läßt die Frage aufkommen, ob Frauen möglicherweise durch die Doppelbelastung in Haushalt und Beruf derartige gesundheitliche Schädigungen davontragen, daß es zu einer frühzeitigen Berentung kommt. Dem widerspräche jedoch die Tatsache, daß bei den Arbeitern die Männer eine höhere Frühinvalidität aufweisen als die Frauen.
Die Frühinvalidität der Arbeiter liegt insgesamt höher als bei den Angestellten.
Untersuchungen über mögliche Berufsgefährdungen zeigen, daß die männlichen Arbeiter in großem Ausmaß durch Schwerarbeit und Unfälle körperlicher Gefahrdung ausgesetzt sind, während die Frauen durch unbefriedigende, monotone Arbeit belastet werden. Bei den Angestellten ist die Berufsgefährdung bei beiden Geschlechtern gleich und beschränkt sich auf ständige geistige Beanspruchung.
Die Betrachtung der zur Erwerbsunfähigkeit führenden Krankheiten zeigt bei den beiden Frauengruppen in etwa dasselbe Bild, gegenüber den Männern gibt es jedoch große Unterschiede. Herausragend sind bei den Arbeitern die Vielzahl an Verletzungen, Betriebs- und Wegeunfällen, die die hohe Frühinvalidität erklären.
Der Einfluß der wirtschaftlichen Situation, insbesondere der Arbeitslosigkeit, auf die Frühinvaliditätsrate ist offensichtlich. Ab den Jahren 1973/74, allgemein als Krisenjahre bezeichnet, steigt vor allem bei den Arbeitern sowohl die Arbeitslosenquote als auch die Erwerbsunfähigkeitsquote steil an.
All diese Faktoren vermögen jedoch die unterschiedlich hohen EU-Quoten der vier Zielgruppen nicht ausreichend zu erklären. Als sehr wichtiger Faktor tritt die schwierig zu objektivierende Einstellung (Motivation) des Einzelnen zur Arbeit in Erscheinung. In Berufen, die interessant sind und Erfüllung bringen, also hauptsächlich bei den männlichen Angestellten, zum Teil auch bei den weiblichen Angestellten, ist die Tendenz zur frühen Berentung wesentlich geringer als bei Berufen, die nur aus rein finanziellen Gründen ausgeübt werden. Die höhere Frühinvalidität der weiblichen Angestellten hat folgende Gründe: meist uninteressantere Tätigkeit als die der Männer, nach einer eventuellen Heirat keine Notwendigkeit mehr zur weiteren Berufstätigkeit, und - ebenfalls zu erwähnen - die vermehrte Arbeit durch gleichzeitiges Betreuen von Familie und Beruf, die vielen zuviel wird. Es ist offensichtlich, daß die Ursachen der Frühinvalidität aufgrund der zahlreichen Faktoren, von denen sie beeinflußt wird, nur sehr schwer zu erfassen sind und sie kein Parameter zur Erfassung von Krankheit und Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung ist.

LEBENSLAUF

Am 5. Januar 1958 wurde ich, Birgit Sibylle Gaiser, als Tochter des Hermann Gaiser, Maschinenbauingenieur, und seiner Frau Lore in Reutlingen geboren.
Nachdem ich 4 Grundschuljahre und zwei Jahre im Gymnasium in Metzingen absolviert hatte, zog meine Familie nach Rottenburg/Neckar, wo ich das dortige Eugen-Bolz-Gymnasium besuchte und dort 1977 mein Abitur bestand. Noch im selben Jahr konnte ich mit meinem Medizinstudium an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen beginnen. Im Sommer 1979 legte ich die Ärztliche Vorprüfung ab, dann im Sommer 1980 das 1. Staatsexamen. Mit meiner Doktorarbeit begann ich im Juni 1981. Ein Jahr später, im Sommer 1982, legte ich das 2. Staatsexamen ab, danach arbeitete ich während meines Praktischen Jahres am Städtischen Krankenhaus Friedrichshafen, einem Akademischen Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen.
Mein Studium beendete ich mit dem 3. Staatsexamen am 21.10.1983 an der Universität Tübingen.